96

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE LE JEUDI 20 DÉCEMBRE 1906, A 1 HEURE

Par Georges VITOUT

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMATURIES DE LA GROSSESSE

Président : M. POZZI, professeur.

Juges : MM. BERGER, POIRIER, professeurs. — R. PROUST, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA COUR D'APPEL

L. MARETHEUX, Directeur

1, RUE CASSETTE, 1

1906

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	SEGOND.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN.

Agrégés en exercice :

MM. AUVRAY	MM. DESGREZ	MM. LEGRY	MM. PROUST
BALTHAZARD	DUPRÉ	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef des Trav. anat.
BRINDEAU	GOSSET	MAILLARD	
BROCA (And.)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MERY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Secrétaire de la Faculté : *M. DESTOUCHES.*

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR POZZI

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

Témoignage de vive gratitude.

A

Monsieur R. PROUST

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX

Dont les conseils m'ont été précieux pour la rédaction de ce travail,

Souvenir reconnaissant.

A MES MAITRES

M. le Professeur PINARD;

MM. BAR, BRINDEAU, GUINARD, MACAIGNE, MONOD, MORESTIN, RETTERER,

Professeurs agrégés de la Faculté;

M. ARROU, Chirurgien des Hopitaux;

MM. FAISANS, KLIPPEL, LESAGE, RENAULT,

Médecins des Hopitaux;

M. TISSIER, Accoucheur des Hopitaux;

M. JAYLE, Assistant de Gynécologie a l'Hopital Broca.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

HÉMATURIES DE LA GROSSESSE

I

HISTORIQUE

Les traités d'obstétrique, aux chapitres consacrés aux complications de la grossesse, gardent tous un silence complet[1] relativement à certaines hématuries que l'on voit parfois survenir chez des femmes en état de puerpéralité et qui paraissent liées à cet état.

Que sont ces hématuries spéciales auxquelles il semble que l'on puisse justement donner le nom d'hématuries gravidiques et dont divers auteurs ont signalé quelques cas?

La plus ancienne observation de cette espèce que nous retrouvons dans la littérature date de 1843 et est due à Dubois[2]. Elle a trait à une femme enceinte de six mois et demi, entrée à la clinique pour des pertes de sang survenant chaque fois qu'elle faisait des

1. A diverses reprises, cependant, l'attention des médecins s'est trouvée attirée sur ces sortes d'hémorragies. Ainsi, dans la seconde édition du *Traité de Médecine* de Charcot-Bouchard-Brissaud, nous lisons, t. V, p. 453, les lignes suivantes : « On peut voir le rein saigner abondamment, soit par le fait de fins tubercules, soit dans le cours d'une néphrite, *soit même dans l'évolution d'une grossesse* » (Guyon, Champetier de Ribes, Tridondani, cité par Bar). Et, plus récemment, dans leur *Traité élémentaire de clinique médicale* (in-8°, Paris, 1905), MM. G. M. Debove et A. Sallard signalent de la manière suivante ces sortes d'accidents : « *Des hématuries très intenses peuvent compliquer la grossesse, reparaissant parfois à chaque grossesse, pour cesser avec le sevrage* » (p. 734).

2. Dubois. — Cystite avec exhalation sanguine simulant une perte utérine. (*Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*. t. XIV, 1843, p. 514-515.)

efforts pour uriner, et qui, à l'examen, furent reconnues provenir de la vessie.

Trente ans plus tard, en 1873, le professeur Finger[1] (de Lemberg) signale le cas d'une femme de trente ans, VII-pare, au sixième mois de sa grossesse, et qui depuis cinq mois déjà souffrait d'hématuries. Cette femme avait présenté des accidents semblables à trois de ses grossesses antérieures, grossesses terminées toutes trois par la naissance d'enfants du sexe féminin.

En 1876, Kehrer[2] publie dans *Archiv für Gynœkologie* le cas d'une femme qui peu de temps après le début de sa grossesse présenta des hématuries d'origine vésicale. La malade mourut un mois après l'expulsion d'un fœtus macéré. L'autopsie ne fut point faite.

Barton Cooke Hirst[3], en 1889, publie dans *Medical News* une note relative à une femme qui, depuis le sixième mois de sa grossesse, eut sans discontinuer des urines sanglantes, lesquelles ne disparurent que quelques jours après la délivrance survenue à terme.

En 1891, Miss Cleaves[4] mentionne l'observation d'une femme qui, dans le mois précédant son accouchement d'un enfant mort-né, présenta des hémorragies d'origine vésicale. Celles-ci cessèrent quelques jours après la délivrance.

Vient ensuite, en 1892, le cas publié par Tridondani[5] d'une femme ayant présenté des hématuries vésicales au cours de deux grossesses, hématuries qui parurent assez graves à l'auteur de l'observation pour l'amener chaque fois à interrompre le cours de la gestation.

Dans tous ces cas, cependant, les rapports intimes pouvant exister entre l'hématurie et l'état de gravidité ne sont pas établis. On constate surtout la coexistence de l'état de grossesse avec l'hématurie. Avec M. le professeur Guyon[6], en 1897, l'étude de la question

1. Prof. Finger. — (Zwei seltene Krankheitsfälle) Blutharnen während der Schwangerschaft. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, Novembre 1873, t. XVIII, n° 49, p. 604.)

2. Kehrer. — Die Hemophilie beim weiblichen Geschlechte. (*Archiv für Gynækologie*, 1876, Bd. X, Heft 2, p. 201-237, avec 2 planches.)

3. Barton Cooke Hirst. — Hœmaturia in pregnancy. (*Medical News*, 4 Mai 1889, t. LIV, p. 486.)

4. Cleaves (Margaret). — Vesical hemorrhage in pregnancy, with report of a case. (*Medical record*, 14 Mars 1891, n° 1062, p. 309-311.)

5. Tridondani. — *Gaz. med. di Pavia*, 1892, n° 12.

6. F. Guyon. — Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, Février, t. XV, p. 113-130.)

entre dans une phase nouvelle et se voit enfin posée avec quelque précision, dans une leçon clinique, à propos d'une malade ayant présenté des hématuries rénales graves. Cette malade, accouchée depuis cinq mois, venait à l'hôpital ayant depuis deux mois des hématuries continuelles. Elle n'avait point cessé d'allaiter son enfant. L'allaitement ayant alors été interrompu, l'hématurie cessa pour ne plus reparaître. M. Guyon, dans sa leçon, à propos de ce cas, exprime cette idée que les pertes de sang « n'étaient pas symptomatiques d'une lésion anatomique ». Et, à propos de cette même malade, qui à l'opération présenta un rein parfaitement sain, il rappelle qu'à deux reprises, en compagnie de M. Champetier de Ribes, il a vu des hématuries du même genre chez des femmes enceintes, et aussi que M. Champetier de Ribes vit une « femme chylurique devenue gravement hématurique pendant une grossesse ». De telles hématuries, cependant, fait remarquer M. Guyon, sont rares et témoignent en faveur de la congestion des reins comme élément causal sans qu'une lésion soit nécessaire comme dans les hématuries d'origine vésicale.

Quelques mois plus tard, en 1898, Dandois[1] publiait l'observation d'une femme âgée de trente ans ayant présenté sans cause connue des hématuries rénales et chez qui la néphrotomie montra un rein simplement congestionné. Cette malade ayant deux mois ensuite été reconnue enceinte, on en conclut quelque peu témérairement que son hématurie devait être liée à sa grossesse commençante.

En 1899, Treub[2] (d'Amsterdam) présenta à son tour diverses observations d'hématuries d'origine rénale survenues au cours de la grossesse.

De ces observations, l'une due à van Iterson (de Leyde) s'applique à une malade qui paraît avoir été atteinte de tuberculose rénale.

Pour les deux autres observations personnelles, l'auteur ne signale pas de lésions particulières de l'appareil urinaire.

Ainsi qu'on l'a pu voir, jusqu'ici, à l'exception de M. Guyon, les auteurs des diverses observations que nous avons notées n'ont point essayé d'interpréter les faits observés par eux.

Cette interprétation d'abord esquissée par lui, M. Guyon[3], en

1. Dandois. — Hématurie congestive symptomatique. (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 1898, 15 Janvier.)

2. Treub. — Hématurie gravidique. (*Annales de la Société obstétricale de France*, 1899, p. 123-124.)

3. Guyon et Albarran. — Hématuries pendant la grossesse. (Communication au

collaboration avec M. Albarran, et en s'appuyant sur de nouvelles observations, l'une d'hématurie rénale, l'autre d'hématurie vésicale, entreprit de la compléter et de la préciser dans une importante communication faite au cours de la IV[e] Session de l'Association française d'Urologie.

Dès lors, l'existence d'une hématurie gravidique, c'est-à-dire d'une hématurie liée à l'état de grossesse, est nettement établie.

Cependant, comme l'on peut aisément s'en rendre compte par le relevé des diverses observations que nous venons de mentionner, sous cette même rubrique de « hématurie liée à la grossesse », les auteurs, à l'époque du travail d'ensemble de MM. Guyon et Albarran, rapprochaient des cas très divers et s'y rapportant en réalité plus ou moins.

Un travail de Chiaventone[1] publié en 1901 va serrer de plus près la question et établir la nécessité d'y introduire davantage de précision.

Ayant eu occasion d'observer un cas d'hématurie rénale chez une femme gravide, Chiaventone passa au crible les observations publiées avant lui et montra l'importance de la distinction à faire entre l'hématurie *de la* et l'hématurie *pendant* la grossesse. Cette distinction faite, il pose les caractères propres à l'hématurie gravidique vraie, en présente une pathogénie tant pour celles d'origine rénale que pour celles d'origine vésicale, en fixe le pronostic et en indique le traitement.

Dès lors, l'entité pathologique « hématurie de la grossesse » est définitivement établie et le cadre est tracé où viendront prendre place les diverses observations pouvant être relevées.

Celles-ci, du reste, depuis le travail de Chiaventone, se réduisent seulement à trois, une de von Kubinyi[2] (de Budapest) relative à un cas d'hématurie vésicale et deux autres se référant également à des cas d'hémorragie vésicale, publiés tout récemment par M. R. Proust[3] et par J. Vogel[4].

IV[e] Congrès de l'Association française d'Urologie, Paris, 1899, *Comptes rendus*, p. 76-90.)

1. U. Chiaventone. — De l'hématurie de la grossesse. (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1901, t. LVI, p. 196-219.)

2. P. von Kubinyi. — Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1904, 3 Déc., n° 48, p. 1473-1478.)

3. R. Proust. — Contribution à l'étude des hématuries gravidiques d'origine vésicale. (*Livre d'or du professeur Pozzi*, 1906, p. 261, et *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, Paris, 1906, n° 4, p. 669-687.)

4. J. Vogel. — Ueber Hämaturien. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1906, 16 Avril, n° 16, p. 488-491.)

Ces deux dernières observations sont d'ailleurs tout à fait intéressantes, car, avec celle de MM. Guyon et Albarran, comme nous le verrons tout à l'heure, elles constituent les seules que l'on connaisse d'hématuries vésicales méritant réellement la qualification d'hématuries gravidiques.

II

CE QU'IL FAUT ENTENDRE PAR HÉMATURIE DE LA GROSSESSE

Que faut-il entendre par *hématurie gravidique*?

A cette question, Chiaventone, dont nous acceptons entièrement la manière de voir, répond par la définition suivante : « Au sens exact du mot, il — le terme hématurie de la grossesse — ne peut rigoureusement s'appliquer qu'aux cas dans lesquels la perte de sang par les voies urinaires reconnaît pour seule, pour unique cause : la grossesse, c'est-à-dire trouve dans cette dernière son moment étiologique, son mode d'évolution, et aussi finit avec elle.

« En réalité, une hémorragie qui tire son origine de tubercules, de calculs, de processus diathésiques compliquant la grossesse, aura son moment étiologique dans les tubercules, les calculs, le processus diathésique et non dans la grossesse, alors même que celle-ci, par voie secondaire, aggraverait son évolution et son issue.

« Il existe donc deux formes bien distinctes : 1° l'hématurie *de la* grossesse, dans laquelle la grossesse représente le seul facteur étiologique en jeu ; 2° l'hématurie *pendant* la grossesse, cette forme pouvant dépendre de moments étiologiques très divers et n'ayant avec la gestation qu'un rapport de concomitance[1] ».

L'importance de cette distinction, bien posée par lui pour la première fois, entre l'hématurie *de la* grossesse et l'hématurie *pendant* la grossesse, saute aux yeux, et l'on se rend compte aisément qu'elle ne constitue pas une simple satisfaction de

1. Umberto Chiaventone. — De l'hématurie de la grossesse. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1901, t. II, p. 196.

l'esprit. C'est que l'adage : *naturam morborum medicationes ostendunt* est ici plus que jamais en situation. Suivant sa cause prochaine, l'hématurie d'une femme enceinte doit, de toute évidence, être traitée d'une manière ou d'une autre, et l'on n'agira pas semblablement si l'on a affaire à une hématurie gravidique *vraie* ou à une hématurie d'une autre origine *survenant chez une femme enceinte.*

En tel état de cause, il importe donc avant tout de faire un départ précis entre les hématuries méritant vraiment le titre d'*hématuries gravidiques* et celles n'ayant avec l'état de grossesse que des rapports accidentels de moment.

Mais, cette nécessité d'établir une distinction précise entre les hématuries gravidiques et les autres oblige, naturellement, à spécifier les caractères propres aux premières.

Voici comment Chiaventone les a tracés :

« Le caractère de cette *hématurie gravidique* est de survenir pendant la grossesse, de reparaître avec la grossesse, de se prolonger et de cesser dès que l'accouchement est terminé. Pas de phénomène clinique, pas de signe anatomique, rien dans les recherches les plus intimes, nul indice, enfin, des lésions ordinaires des voies urinaires et des autres appareils...

« Le cadre clinique devient ainsi typique : *hématuries sans antécédents héréditaires, sans antécédents pathologiques personnels, qui survient pendant la grossesse et finit avec elle, en l'absence de lésions communes, uniquement, exclusivement sous la dépendance de la grossesse, agissant exclusivement en tant que grossesse*[1] ».

Comme il fallait s'y attendre, cette rigueur introduite dans la détermination des cas d'hématurie gravidique a pour effet immédiat d'en limiter notablement le nombre des cas connus. Aussi, de toutes les observations mentionnées jusqu'ici, quelques-unes seulement méritent d'être gardées définitivement.

Mais, passons en revue l'un après l'autre chacun des cas relevés par les auteurs[2].

I. — Le premier en date, avons-nous déjà noté, appartient à Dubois, qui eut occasion de voir à la clinique plusieurs hématuries du même genre. Sans aucune hésitation, ce cas ne saurait ici être

1. Umberto Chiaventone. — *Loc. cit.*, p. 206.

2. Nous donnons à la fin de notre travail le texte de chacune des observations que nous allons ici passer en revue.

retenu, car, ainsi que Dubois lui-même s'empresse de le noter, il s'agit, dans l'observation relatée par lui, non d'une hématurie fonction de la grossesse, mais d'une hématurie survenant chez une femme enceinte atteinte de cystite.

II. — Le cas du professeur Finger (de Lemberg) mérite davantage de retenir l'attention. Cette fois, en effet, il semble que l'hématurie présente à peu près intégralement les caractères propres, d'après Chiaventone, aux hématuries gravidiques.

Cependant, en l'absence de tout examen cystoscopique, en l'absence aussi de constatation opératoire, il n'est guère possible de se prononcer de façon certaine. L'hémorragie était-elle d'origine vésicale ou d'origine rénale? Les documents publiés par Finger ne permettent point de trancher la question avec certitude. Aussi, encore qu'il y ait forte probabilité qu'il se soit trouvé en présence d'un cas d'hématurie vraie de la grossesse, convient-il pourtant, malgré son intérêt, de ne mentionner cette observation qu'à titre documentaire.

III. — L'observation de Kehrer appelle des réserves analogues et pour des raisons semblables. Cette fois encore, l'origine précise de l'hématurie n'est pas suffisamment déterminée et il n'apparaît pas de manière indiscutable qu'elle n'ait pas été provoquée par une cause étrangère à la gestation.

IV. — Le cas de Barton Cooke Hirst se réfère nettement à une hémorragie d'origine rénale et, cette fois, il semble bien qu'il y ait eu réellement hématurie gravidique. On retrouve, en effet, tous les caractères propres à cette affection tracés par Chiaventone, à savoir l'absence chez le malade de tout antécédent pathologique héréditaire ou personnel, l'absence de lésions communes et la concomitance parfaite de l'hémorragie avec la grossesse.

V. — L'observation de miss Margaret Claves, observation ayant trait à un cas d'hémorragies très probablement vésicales, et attribué du reste par son auteur « à la rupture de varices vésicales déterminées par la constriction exagérée de la taille maintenue par la malade dans le but de cacher sa grossesse », ne comprend pas assez d'éléments précis pour pouvoir être considérée avec certitude comme une hématurie gravidique.

VI. — Vient le cas de Tridondani. Cet auteur est des plus affirmatifs sur l'origine vésicale de l'hématurie constatée par lui à deux grossesses successives chez une même femme. Mais, ici encore, aucun examen cystoscopique ne fut fait et il n'y eut point d'opération permettant de vérifier l'état de l'appareil urinaire, Tridondani, comme traitement, ayant à chacune des grossesses cru devoir provoquer l'avortement.

La certitude de l'hématurie gravidique fait donc encore ici défaut.

VII. — Tout autre est le cas rapporté par M. le professeur Guyon. Cette fois, l'observation est aussi complète que possible. Il s'agit d'une malade qui, au cours d'une seconde grossesse, avait déjà présenté des hématuries n'ayant été l'objet d'aucun soin. A la grossesse suivante, au cours du huitième mois, nouvelles hématuries qui durèrent trois semaines. L'accouchement a lieu, et, trois mois ensuite, nouvelle hématurie persistant cette fois durant cinq mois, jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. M. Guyon ayant alors fait supprimer l'allaitement, de suite l'hémorragie cesse pour ne plus reparaître.

Cependant, comme en présence des phénomènes constatés l'on pouvait redouter les lésions causales graves, après que l'on eut procédé à un examen bactériologique et chimique des urines, examen resté négatif, et après que l'on eut pratiqué la cystoscopie, laquelle montra le parfait fonctionnement des deux uretères, M. Guyon fut d'avis qu'il y avait lieu d'intervenir chirurgicalement.

L'opération faite par M. Albarran montra un rein parfaitement normal. L'on se trouve donc bien ici en présence d'un cas d'hématurie gravidique nettement caractérisé.

VIII. — Ce cas n'est point le seul que M. le professeur Guyon ait eu l'occasion d'observer chez des femmes gravides.

De concert avec M. Champetier de Ribes, M. Guyon, chez une femme multipare de bonne santé habituelle, vit survenir au quatrième mois de la grossesse une hématurie abondante qui se reproduisit durant le cinquième mois et disparut bien avant l'accouchement. Mais, un an plus tard, cette femme ayant été atteinte de tuberculose rénale, il est à présumer que cette maladie n'était pas étrangère aux hématuries survenues au cours de la grossesse.

IX. — Un autre cas d'hématurie se manifestant chez une femme enceinte durant les derniers temps précédant la délivrance, pour ne cesser qu'après l'accouchement, a également été observé par MM. Guyon et Champetier de Ribes. Cette fois, par exemple, l'accident étant survenu chez une femme ne présentant aucune tare pathologique, toutes les présomptions sont en faveur d'une hématurie gravidique véritable.

X. — L'observation par M. Champetier de Ribes d'hématuries au cours de la grossesse survenues chez une femme chylurique ne saurait au contraire se voir retenue, l'état pathologique de la malade pouvant ne pas être étranger aux accidents présentés par elle.

XI. — L'observation de Dandois serait tout à fait intéressante s'il était démontré que l'hématurie survenue chez sa malade — dont le rein, à ce que montra la néphrotomie, était simplement congestionné — se fût produite alors qu'elle était enceinte. Mais, cette preuve n'a point été faite et l'auteur a tablé sur de simples présomptions.

XII. — La malade de Bird Young ne saurait davantage, mais pour d'autres raisons, être considérée comme ayant été atteinte d'hématurie gravidique véritable. Lorsque les accidents hématuriques se montrèrent, au sixième mois, la malade était déjà albuminurique et, par suite, ne présentait point cette intégrité physiologique qui, par définition, doit caractériser les sujets atteints d'hématurie gravidique.

XIII. — De semblables réserves doivent encore être formulées à propos de la femme faisant l'objet de l'observation de van Iterson (de Leyde). S'il n'est point en effet démontré — en dépit d'un diagnostic porté d'après un examen bactériologique quelque peu sujet à caution — qu'elle ait été vraiment atteinte de tuberculose rénale, du moins est-il certain, de par l'examen auquel permit de procéder la néphrectomie du rein droit qui fut pratiquée chez elle, qu'elle possédait un organe altéré « dont la substance rénale avait pour la meilleure part disparu ».

XIV. — Le premier cas observé par Treub (d'Amsterdam) a trait

à une femme enceinte pour la sixième fois. Les hématuries se montrèrent au quatrième mois. Comme elles ne cessaient pas, bien qu'elle ne souffrît point, la malade vint à la clinique se faire soigner.

L'examen des urines révéla de nombreuses cellules épithéliales et quelques cylindres. Il ne semble donc point encore dans la circonstance que l'on se trouve devant un cas vrai d'hématurie gravidique.

XV. — Une deuxième observation de Treub relative à une femme de vingt-cinq ans, secondipare, au neuvième mois de sa grossesse, et présentant depuis le cinquième mois des hématuries répétées d'origine rénale, paraît au contraire valoir d'être retenue. Cette fois, en effet, il s'agit d'une femme ayant déjà présenté lors de sa grossesse antérieure des accidents de même nature qui guérirent spontanément, et l'interruption de la seconde gestation, décidée en raison de l'état d'anémie de la malade, amena la disparition de toute perte de sang par les voies urinaires.

XVI. — MM. le professeur Guyon et Albarran, à la IV[e] Session du « Congrès de l'Association française d'urologie » tenue à Paris en 1899, ont rapporté l'observation d'une femme âgée de vingt-deux ans, qui, au cours de sa seconde grossesse, fut prise vers le sixième mois d'hématuries dont l'origine rénale fut contrôlée par l'examen cystoscopique, hématuries accompagnées de mictions très douloureuses. L'accouchement fut suivi de la disparition de toute hémorragie.

XVII. — MM. le professeur Guyon et Albarran ont encore observé une autre malade, âgée de vingt ans, qui, étant enceinte, vit survenir des hémorragies d'origine vésicale. Celles-ci apparurent de façon toute spontanée, et l'on ne put relever dans l'histoire de la patiente aucun traumatisme ou effort quelconque susceptible d'être regardé comme l'agent causal des hématuries.

XVIII. — Nous arrivons à l'observation de Chiaventone, observation portant sur un cas d'hématurie rénale survenue chez une femme âgée de quarante-six ans, au cours d'une sixième grossesse, et n'ayant cessé seulement que le septième jour des suites de couches.

Chiaventone, qui a discuté avec soin son observation, élimine successivement comme siège de l'hématurie : 1° la vessie, puisqu'il n'y avait ni cystite, ni calculs, ni néoplasme, ni tubercule, ni varice vésicale; 2° les uretères, ceux-ci ne pouvant donner lieu à une hématurie profuse et de longue durée à moins de néoplasme, papillome ou épithéliome, ce qu'excluait dans l'espèce l'examen des urines, ainsi que la marche et la terminaison de la maladie.

Force donc était de placer dans le rein le siège de l'hémorragie. Mais, comme cette hémorragie rénale, dans le cas considéré, ne pouvait se trouver placée sous la dépendance d'une cause générale, processus infectieux, grande diathèse ou intoxication, pas plus que sous celle d'une cause locale, tuberculose, lithiase, hémophilie, parasites, dégénérescence néoplasique du rein, ectopie, rétention, néphrite, Chiaventone ne voulant point la ranger dans la catégorie des *hématuries essentielles*, « le *sine materiâ* étant un paradoxe en pathologie », se trouva logiquement amené à conclure « qu'il existait une forme clinique rare, à peine dessinée en pathologie, à laquelle s'adaptait son cas, et dans laquelle se trouvait la raison de sa genèse, de son évolution, de son issue ». Mais cette forme spéciale d'hématurie, c'est justement celle à laquelle il a réservé la dénomination d'*hématurie gravidique*.

XIX. — L'observation de Kubinyi concerne une femme de trente-deux ans, enceinte pour la septième fois. Sans cause pathologique connue, simplement après avoir soulevé un lourd fardeau, cette femme fut prise d'hématuries que l'on rapporta, en raison des commémoratifs, à une hémorragie vésicale.

L'examen cystoscopique pratiqué après l'accouchement, alors que l'hémorragie avait cessé totalement, permit de vérifier la justesse du diagnostic porté.

XX. — Exactement superposable à ce cas de Kubinyi est celui de la malade observée par M. R. Proust. Celle-ci, étant enceinte pour la cinquième fois, à la suite de violences subies, se trouva brusquement atteinte d'hématuries abondantes au point de mettre son existence en danger.

La taille hypogastrique pratiquée d'urgence permit à M. Proust de constater que cette hémorragie avait vraisemblablement sa

source dans la rupture d'une veine variqueuse de la muqueuse vésicale, mais sans déchirure profonde de la paroi.

Mais, quelle était l'origine de cette rupture d'une varice vésicale? Dans ce cas de Proust, aussi bien que dans celui de Kubinyi, les incidents ayant précédé les accidents semblent peu en rapport avec leur production. Force est donc bien d'admettre, comme pour le cas de Chiaventone, l'existence d'un facteur particulier, dû à l'état de gravidité.

XXI. — Encore que l'observation de J. Vogel soit moins complète que les deux précédentes, elle ne laisse pas, pourtant, de leur être absolument comparable et elle ne permet pas de doute sur l'origine de l'hémorragie, qui ici encore est vésicale.

Apparue vers le milieu du septième mois de la grossesse, subitement et sans raison apparente, chez une femme par ailleurs ne présentant rien de pathologique, l'hématurie, que Vogel — qui malheureusement ne fit pas la cystoscopie — attribua au saignement de la muqueuse vésicale congestionnée par suite de l'hyperhémie pelvienne causée par la grossesse, disparut à peu près comme elle était venue, la malade, pour tout traitement, ayant pratiqué un exercice très modéré et assuré l'évacuation régulière et complète de son gros intestin.

III

HÉMATURIES RÉNALES ET HÉMATURIES VÉSICALES

L'examen auquel nous venons de procéder d'un certain nombre de cas d'hématuries survenues chez des femmes enceintes donne un premier enseignement, à savoir que tous ces cas ne sont pas comparables et que, comme l'a fort justement spécifié Chiaventone, il y a lieu de distinguer parmi eux ceux strictement liés à l'état de puerpéralité et ceux dépendant d'une cause pathologique quelconque et se produisant concomitamment avec le dit état.

Si nous reprenons les vingt et une observations passées tout à l'heure en revue, nous voyons en effet que onze d'entre elles[1], pour des raisons diverses, doivent être rejetées et que dix[2] seulement méritent d'être retenues comme répondant avec exactitude aux conditions spécifiques particulières de l'entité pathologique nouvelle dénommée par Chiaventone *hématurie gravidique*.

Mais, ces dix observations que nous sommes appelés à retenir ne sont point toutes directement superposables. Leur examen montre que les hématuries qui en font l'objet peuvent avoir deux provenances différentes, étant tantôt d'origine rénale et tantôt d'origine vésicale. Il s'ensuit donc que notre étude des hématuries gravidiques doit comprendre deux divisions parallèles, l'une consacrée à l'examen des hématuries gravidiques d'origine rénale, l'autre à celle des hématuries gravidiques d'origine vésicale.

1. Ce sont les observations suivantes : de Dubois, n° 1; de Finger, n° 2; de Kehrer, n° 3; de Miss Cleave, n° 5; de Tridondani, n° 6; de Guyon et Champetier de Ribes, n° 8; de Champetier de Ribes, n° 10; de Dandois, n° 11; de Bird Young, n° 12; de van Iterson, n° 13; de Treub, n° 14.

2. Ce sont les observations suivantes : de Barton Cooke Hirst, n° 4; de Guyon, n° 7; de Guyon et Champetier de Ribes, n° 9; de Treub, n° 15; de Guyon et Albarran, n°s 16 et 17; de Chiaventone, n° 18; de Kubinyi, n° 19; de R. Proust, n° 20 et de J. Vogel, n° 21.

A. Hématuries d'origine rénale[1]. — Ces hématuries, dont la fréquence paraît être au moins égale sinon supérieure à celles d'origine vésicale, surviennent aussi bien chez les primipares que chez les multipares, apparaissent pendant une grossesse alors que l'urine était normale dans la précédente, et peuvent aussi se renouveler durant plusieurs grossesses consécutives. Voici, au surplus, d'après MM. le professeur F. Guyon et Albarran, quels sont leurs caractères : « L'hématurie a été observée dans tous les mois de la grossesse à partir du quatrième mois, plus particulièrement du sixième au huitième mois. Dans un cas elle paraissait en rapport avec l'allaitement.

« L'*intensité* du saignement est très variable, mais dans la plupart des cas la quantité du sang contenu dans les urines est très considérable : la couleur de l'urine est rouge, brune, franchement sanglante; parfois on constate la présence de caillots.

« La *durée* de l'hématurie peut n'être que de quelques jours, mais elle peut se prolonger sans discontinuer pendant plusieurs mois ou encore se présenter avec des intermittences. Il est fréquent de voir le saignement se prolonger longtemps, et ne s'arrêter qu'après l'accouchement. L'hématurie peut disparaître avant les couches, mais le plus souvent ce n'est que le lendemain de l'accouchement que l'urine commence à devenir plus claire et quelques jours après le sang disparaît définitivement.

« Ajoutons encore, comme phénomènes très variables, que l'hématurie rénale de la grossesse peut ou non s'accompagner de dysurie et de cystite; que l'albuminurie et l'augmentation du volume du rein peuvent ou non s'observer suivant les cas[2] ».

Pathogénie. — Le propre de l'hématurie gravidique, avons-nous déjà noté, est de survenir chez des femmes en bonne santé, sans antécédents pathologiques, sans lésions des grands appareils.

Comment chez des sujets ainsi dénués de toutes tares expliquer la production de ces hémorragies? Doit-on invoquer l'existence d'une hématurie essentielle?

L'interprétation serait simple. Mais, comme le fait fort justement remarquer Chiaventone, « la conception de l'hématurie essentielle acceptée un temps ne résiste pas à un examen sévère »,

1. Les observations d'hématurie gravidique d'origine rénale que nous avons retenues portent les numéros suivants : 4, 7, 9, 15, 16, 18.

2. F. Guyon et Albarran. — Hématuries pendant la grossesse. (*Comptes rendus de la IV^e^ Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1899, in-8°, p. 86 et 87.)

et cela justement pour cette excellente raison que le *sine materiâ* constitue un paradoxe en pathologie.

Aussi bien, de nombreux auteurs[1] partagent-ils actuellement cette façon de voir.

Dans une communication intitulée : *Des hématuries essentielles*, communication présentée à la *IV^e^ Session de l'Association française d'Urologie* (Paris, 1899), M. le professeur Tédenat (de Montpellier) émet cet avis que l'on doit être fort réservé sur la qualification d'« hématuries essentielles », celles-ci ne l'étant à l'ordinaire qu'en apparence et plus généralement « étant dues à des scléroses du rein n'ayant pour expression symptomatique que l'hématurie et la présence d'un peu d'albumine dans l'urine ».

Mais, l'hypothèse de l'hématurie essentielle étant mise de côté, comment expliquer les hémorragies rénales gravidiques?

M. le professeur Guyon, MM. Guyon et Albarran, puis Tridondani se sont préoccupés de les interpréter. Un effet ne pouvant exister sans cause prochaine, ces auteurs, fort justement, ont estimé que l'on ne devait pas se contenter de constater un phénomène pathologique et qu'il importait, en s'appuyant sur les faits observés, de lui donner une interprétation.

La première qui se présenta à l'esprit de M. le professeur Guyon, lequel s'en expliqua dans la leçon clinique[2] où il exposa ses premières observations d'hématuries liées à la grossesse, fut que la congestion du rein — congestion qui se produit « sans qu'une lésion importante la sollicite » et qui paraît même survenir et amener les effets les plus graves en « l'absence de toute altération anatomique appréciable » — est la raison essentielle commandant l'hématurie.

Mais, si la congestion purement mécanique peut suffire à expliquer des néphrorragies, il ne laisse pas d'être manifeste que la stase sanguine due au développement de l'utérus ne peut pourtant suffire à rendre compte de toutes les hématuries de la grossesse, en particulier de celles survenant de bonne heure, pendant le quatrième ou le cinquième mois.

1. Voir dans le *Compte rendu de la IV^e^ Session de l'Association française d'Urologie* (Paris, 1899) les communications de MM. Fausson, Boursier, Hamonic, Loumeau, Pasteau, Desnos, etc.

2. Guyon. — Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, Février, p. 113-130.)

MM. Guyon et Albarran[1], à qui cette particularité ne pouvait échapper, pensent qu'à côté de la gêne circulatoire proprement dite il y a lieu de tenir compte comme cause de congestion du rein de la rétention rénale d'urine déterminée par la compression des uretères. En de nombreuses grossesses, estiment en effet ces deux auteurs, le courant de l'urine dans l'uretère est modifié, l'uretère étant légèrement comprimé par l'utérus gravide, ce qui provoque un certain degré de stase urinaire avec congestion du rein. Ainsi, chez cinq femmes examinées par eux au cystoscope, le jet urétéral n'était plus visible et l'urine s'écoulait des uretères dans la vessie par un courant continu et assez faible pour qu'on pût à peine voir le remous du liquide. D'après MM. Guyon et Albarran, il existerait donc, comme l'on voit, deux causes de congestion rénale mécanique : 1° par gêne circulatoire; 2° par rétention rénale plus ou moins accusée.

D'autres influences que celles congestives, cependant, doivent encore être relevées comme pouvant déterminer des néphrorragies au cours de la grossesse. Ainsi, M. Albarran — dont l'opinion s'appuye sur l'observation d'une malade de M. Guyon (*V. Observation VII*) qui ne présenta à l'opération rien autre chose qu'un rein mobile — mentionne l'importance de la ptose rénale. Enfin, et surtout, d'après MM. Guyon et Albarran, il y aurait en dehors de la congestion lieu de tenir compte de la toxémie gravidique.

« Dans le cas particulier des femmes enceintes, écrivent-ils en effet, il est admis aujourd'hui à peu près unanimement que l'albuminurie et les altérations rénales qui s'observent pendant la grossesse sont sous la dépendance de la toxémie gravidique sur laquelle ont insisté Clifford Allbut, Simpson, Pinard et que Bouffe de Saint-Blaise a expliqué comme une hépatotoxémie. Nous devons retenir de ces faits que, à côté et avant les lésions que les reins des femmes gravides peuvent présenter, il existe une altération du sang capable de favoriser l'hématurie.

« Nous concluons de ces considérations que, pendant la grossesse, il existe des conditions mécaniques de gêne circulatoire directe et de rétention rénale incomplète d'urine; que, d'un autre côté, avec ou sans lésions rénales, la toxémie gravidique pouvant exister, ces différentes causes, combinées de manière diverse,

1. Guyon et Albarran.— Hématuries pendant la grossesse. (Communication au IV^e^ Congrès de l'Association française d'Urologie, Paris, 1899, *Comptes rendus*, p. 76-90.

sont capables de déterminer ou de favoriser la néphrorragie.

« Nous disons déterminer ou favoriser, parce que les causes pathogéniques que nous invoquons peuvent agir sur un rein jusqu'alors sain ou déjà malade et prédisposé au saignement[1] ».

En définitive, pour MM. Guyon et Albarran, l'état de grossesse constitue essentiellement une raison prédisposante à l'hémorragie rénale : « Au point de vue de l'hématurie, l'influence de la gravidité paraît certaine, lorsque le rein présente des lésions qui sont par elles-mêmes capables de donner lieu à l'hématurie. Nous pensons aussi que des lésions rénales ayant peu de tendances à l'hémorragie dans les cas ordinaires peuvent, pendant la grossesse, s'accompagner d'hématuries. C'est ainsi que dans une des observations de pyélonéphrite pendant la grossesse, publiées par Weill dans sa thèse, nous remarquons une hématurie microscopique avec de nombreux globules rouges dans l'urine[2] ».

Avec Chiaventone, le rôle de l'hépatotoxémie prend une place plus grande. Sans nier, en effet, l'influence très réelle de la congestion telle que la conçoivent MM. Guyon et Albarran, — congestion causée par la compression de l'utérus sur les vaisseaux volumineux de l'abdomen, favorisée par la légère stase urinaire due à l'action mécanique qu'exerce l'utérus sur les uretères, et dont l'effet est de déchirer les vaisseaux par action mécanique et aussi parce que dans les vaisseaux congestionnés les échanges nutritifs s'accomplissant lentement et imparfaitement, les tuniques vasculaires mal nourries perdent de leur résistance et cèdent à l'effort du courant sanguin, d'où l'hémorragie, — Chiaventone accorde, et de beaucoup, une importance prédominante à l'insuffisance du foie et du rein, appareils glandulaires dont le rôle principal est la fonction de dépuration de l'organisme contre les poisons d'autoformation et d'origine externe qui, de façon constante, menacent sa conservation et son intégrité. « Le foie sauvegarde directement en métamorphosant et en neutralisant les toxines; le rein indirectement en éliminant ces éléments toxiques. J'ai moi-même, à l'Institut supérieur de Florence, démontré par des recherches expérimentales que le foie des mammifères, dans l'état de gestation, peut, dans une grande proportion, perdre cette fonction de protection contre les poisons

1. Guyon et Albarran. — *Loc. cit.*, p. 88-89.
2. Guyon et Albarran. — *Loc. cit.*, p. 89-90.

autogènes et exogènes. Ces éléments toxiques, autogènes, sont les produits des échanges organiques, ils sont en formation constante dans tout organisme. Ils augmentent et agissent avec plus d'intensité chez la femme enceinte qui résorbe tous les produits régressifs de la vie organique du fœtus. Lorsque ses appareils glandulaires, foie ou reins, sont riches en réserve, ils peuvent lutter et se défendre contre les agents nocifs, si augmentés qu'ils soient, grâce aux ressources exubérantes de leur activité. Mais si l'activité fonctionnelle du foie et du rein est tout juste normale ou diminuée, l'équilibre se rompt et le tableau de l'intoxication apparaît.

« Les toxines altèrent la composition du sang, compromettent l'activité nutritive des vaisseaux, modifient la constitution de leurs parois, altérations qui peuvent conduire à l'hémorragie, d'autant plus facile et plus commune au niveau du rein, qu'anatomiquement, il est en grande partie formé de vaisseaux. L'accouchement fait, l'activité organique de la mère est libérée du complément d'effort exigé par le fœtus, elle rentre dans des limites normales et l'hémorragie cesse.

« Rappelons que les toxines agissent défavorablement aussi sur les épithéliums du rein, et que cela peut aboutir à la soi-disant albuminurie de la grossesse, laquelle peut se compliquer ou non de néphrorragie. Mais il convient de noter que l'albuminurie de la grossesse n'est pas l'expression d'une néphrite au sens clinique du mot, qu'elle est l'effet d'un processus toxique qui altère les épithéliums du rein[1] ».

En ce qui concerne la pathogénie des hématuries gravidiques d'origine rénale, on le voit, les opinions sont assez concordantes. L'insuffisance fonctionnelle du foie et du rein, puis la congestion d'origine mécanique, soit par stase sanguine, soit par rétention rénale due à la compression de l'uretère, semblent être les agents immédiats de l'accident hémorragique et commander à sa production.

Diagnostic. — La nature « gravidique » de l'hématurie étant déterminée par les commémoratifs que nous avons déjà notés, il

1. A rapprocher de cette opinion émise par Chiaventone celle de M. Cramer (*Monatsh. f. Geburtsh.*, et *Berlin. klin. Woch.*, 6 Août 1906) qui estime que l'anasarque des femmes enceintes n'est pas un simple œdème par stase veineuse, mais bien l'effet d'un trouble de la fonction rénale, même en l'absence d'albuminurie. Il y aurait donc lieu d'admettre l'existence d'un « rein gravidique » sans albuminurie.

importe, en vue de la conduite à tenir, d'en connaître l'origine rénale ou vésicale.

Le procédé par excellence pour établir ce diagnostic est, sans conteste possible, comme l'ont pratiqué MM. Guyon et Albarran, l'examen cystoscopique qui permet au médecin de constater directement et à l'abri de toutes causes d'erreur l'origine précise du sang. Néanmoins, cet examen ne pouvant toujours être fait, on étayera sa conviction sur les symptômes habituels des hémorragies rénales, ainsi que l'ont fait en pareille occasion Treub, Tridondani.

Pronostic. — Variable suivant l'état général de la malade, suivant aussi l'importance et la fréquence des hémorragies, il comporte assez souvent peu de gravité, aussi bien pour la mère que pour son produit de conception.

Cependant, si les hémorragies se multiplient, entraînant à leur suite un état d'anémie plus ou moins intense de la femme gravide, le pronostic s'assombrit, surtout pour l'enfant, l'interruption de la grossesse pouvant alors devenir nécessaire. Au contraire, la disparition de l'hématurie aussitôt après l'accouchement constitue un élément favorable.

B. Hématuries d'origine vésicale[1]. — L'histoire des hématuries gravidiques d'origine vésicale est courte. A l'heure actuelle, nous n'en connaissons que quatre cas offrant de réelles garanties d'authenticité.

Ainsi que celles d'origine rénale, les hémorragies vésicales de la grossesse présentent ce caractère d'apparaître brusquement au cours de la gestation chez des sujets sans antécédents particuliers, soit à la suite d'un traumatisme (Kubinyi, Proust), soit spontanément (Guyon et Albarran, J. Vogel), de se prolonger durant une période plus ou moins étendue pour cesser totalement une fois l'accouchement terminé.

L'examen des quatre cas d'hématurie gravidique d'origine vésicale que nous avons retenus montre que la production de l'hémorragie est le plus souvent due à la rupture où à l'exulcération d'une varice vésicale.

Guyon et Albarran en ont fait la constatation directe. Par l'exa-

1. Les observations d'hématurie gravidique d'origine vésicale que nous avons retenues portent les numéros suivants : 17, 19, 20 et 21.

men cystoscopique, ils ont vu l'urine couler non sanglante des uretères, preuve que l'hémorragie était bien vésicale, et, de plus, ils ont remarqué l'existence de veines variqueuses. « *Examen cystoscopique.* Tout le pourtour du col et le trigone offrent une teinte rouge anormale : sur ce fond se détachent, en arrière et sur les côtés, des veines dilatées, tortueuses, qu'on peut suivre depuis le col jusqu'aux orifices urétéraux; en avant, sur la partie antérieure du col, on voit une veine semblable plus grosse ». (*V. Observation XVII.*)

Kubinyi, ayant pratiqué la cystoscopie sur sa malade, observa l'existence de grosses veines dilatées, point de départ probable de l'hématurie : « La cystoscopie révéla les détails suivants : réseau capillaire dilaté, bien visible ; en avant, au-dessus du col vésical, on voit un gros vaisseau suivant une direction horizontale et dans le voisinage duquel la muqueuse a un aspect dépoli : vraisemblablement, c'est en ce point que s'est faite l'hémorragie. » (*V. Observation XIX.*)

M. Proust, par la taille hypogastrique, est arrivé sur le vaisseau ectasié et rompu, et J. Vogel, encore qu'il n'ait point eu occasion de faire un examen direct, a pu cependant lui aussi acquérir la certitude que les accidents survenus chez sa malade provenaient d'une même origine.

Cette constance remarquable dans le mode de production de l'accident donne tout lieu de penser, fait fort justement remarquer M. Proust: 1° que la grossesse prédispose à la production des varices vésicales; 2° que par la rétention qu'elle entraîne souvent et la cystite qui l'accompagne, la grossesse crée des conditions de vulnérabilité particulière au niveau de la muqueuse vésicale.

L'étude de la pathogénie des hématuries d'origine vésicale va nous fixer à cet égard.

Pathogénie. — De même que pour les hématuries d'origine rénale, l'influence de la congestion, celle aussi de l'hépatotoxémie, peuvent encore être invoquées pour expliquer la production des hémorragies vésicales. Mais, alors que dans les premiers cas l'insuffisance hépato-rénale semble dominer, ici elle ne paraît jouer qu'un rôle tout à fait secondaire, encore que divers observateurs, en particulier Chiaventone, paraissent assez disposés à lui attribuer une part prépondérante dans la pathogénie des accidents en raison des modifications qu'elle est susceptible d'entraî-

ner dans l'état d'être habituel du système circulatoire de la vessie[1].

En somme, et tel est l'avis à peu près unanime, ce sont les phénomènes congestifs qui paraissent tout régler. Seuls ils permettent d'expliquer les hémorragies abondantes que l'on relève à l'occasion, hémorragies telles qu'elles peuvent aller jusqu'à mettre en danger l'existence de la malade. M. le professeur Guyon est, à cet égard, tout à fait net. « De façon générale, les ulcérations de la vessie, quelle qu'en soit la nature, ne donnent pas lieu à des hématuries abondantes ; je l'ai depuis longtemps démontré pour la tuberculose et pour les néoplasmes. L'ulcération n'est hémorragique que lorsqu'elle ouvre une branche vasculaire ; elle agit alors comme le font les traumatismes pénétrants. *Les hémorragies abondantes sont, en effet, des hémorragies congestives* »[2].

Il est vrai que, dans le même travail, M. Guyon constate encore que, pour se produire, la congestion dans la vessie nécessite, ou « une lésion anatomique importante et le plus souvent grave », ou un trouble fonctionnel profond, comme la rétention avec distension excessive et prolongée.

Mais ce sont là justement des faits dont l'examen direct a montré la réalité. Les recherches cystoscopiques pratiquées dans deux des cas que nous avons retenus, d'une part par MM. Guyon et Albarran, d'autre part par Kubinyi, ont révélé l'existence de varices vésicales, et l'intervention de R. Proust a permis de reconnaître le point qui saignait.

En tel état de cause, il était du plus vif intérêt de rechercher avec quelle fréquence les varices vésicales se rencontrent chez les femmes gravides.

1. Voici, en effet, ce qu'écrit à ce sujet Chiaventone : « Il est bon de noter que les varices de la grossesse diffèrent des varices communes par leur origine et leur évolution. S'il faut tenir compte dans leur production, à un certain degré, d'un facteur mécanique, on peut admettre — conception acceptée par plusieurs cliniciens — qu'elles sont en partie de nature toxique, et qu'elles sont les effets d'une toxémie qui altère le sang et modifie la tonicité et la résistance des vaisseaux.

« La toxémie gravidique par insuffisance hépato-rénale peut être la condition pathogénique de l'hématurie de la grossesse ». (Umberto Chiaventone. De l'hématurie de la grossesse, in *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1904, tome II, p. 269.)

2. Guyon. — Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Février 1897, p. 116.)

MM. Guyon et Albarran ne manquèrent point de poursuivre systématiquement cette enquête. Celle-ci, d'ailleurs, fut tout à fait instructive, à ce qu'il appert de leur communication au *IV^e^ Congrès de l'Association française d'Urologie*. « C'est un fait bien connu que, pendant la grossesse, surtout dans les derniers mois, il existe une forte congestion passive, mécanique, de tous les organes contenus dans le petit bassin, mais nous ne connaissons pas de constatations directes, faites au cystoscope, capables de nous renseigner sur l'état de la circulation de la muqueuse vésicale. Nous avons examiné nous-mêmes, en plus des deux malades hématuriques dont nous avons parlé, trois autres femmes enceintes de six mois, de huit mois et une dernière à terme. Dans ces cinq cas, nous avons vu une forte congestion du segment inférieur de la vessie, surtout marquée au niveau du col vésical. Tout autour du col on voit serpenter des veinules dilatées et gorgées de sang ; on les voit surtout dans le segment postérieur et inférieur, au niveau des parties latérales du trigone.

« L'uretère lui-même est fort congestionné et saigne plus facilement que dans l'état normal.

« Cet état congestif de la vessie et la dilatation des veines de la muqueuse expliquent bien la possibilité d'abondantes hémorragies, comme celle que présenta notre malade[1] ».

Depuis la publication de ce travail de MM. Guyon et Albarran, divers auteurs sont venus confirmer leurs remarques. Sans parler de Winckel[2], dont les observations sont déjà anciennes, nous devons mentionner Kubinyi, dont nous avons signalé la remarquable observation (*V. Observation XIX*), puis Zuckerkandl [3], qui rapporte dans les termes suivants l'observation qu'il eut occasion de faire de varices vésicales chez une femme enceinte : « A l'examen cystoscopique d'une femme qui se trouvait à la fin de sa grossesse, je vis, à côté des veines fortement dilatées, sinueuses, un véritable nodule variqueux situé sur la paroi postérieure de la vessie. »

1. Guyon et Albarran. — Hématuries pendant la grossesse. (*Comptes rendus de la IV^e^ Session de la Société française d'Urologie*, Paris, in-8°, 1899, p. 76-90.)

2. F. Winckel. — Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig, 1890. p. 271 (S. Herzel, éditeur.) — Die Krankheiten der weiblichen Harnröhre und Blase. Un chapitre du *Handbuch der Chirurgie* de Pitha et Billroth, 1877-1879, Bd. IV, Abtheil. T. B., p. 181.

3. O. Zuckerkandl. — Die lokalen Erkrankungen der Harnblase, *in* H. Nothnagel, Spezielle Pathologie und Therapie. Bd. XIX, Theil 1, Heft 2, p. 91.

Mais c'est surtout à Stœckeel [1] (d'Erlangen) et à son élève Ruge [2] que revient le mérite d'avoir montré, en l'appuyant sur un grand nombre d'examens cystoscopiques, combien à la suite de l'accouchement sont fréquentes les varices vésicales. « Je voudrais, écrit Ruge (p. 533), faire ressortir brièvement quelques particularités de la vessie puerpérale qui n'ont aucune signification pathologique. Ce qui est particulièrement remarquable, c'est l'extraordinaire vascularisation de la muqueuse, sur laquelle on aperçoit de nombreuses artères, petites et grosses, fortement sinueuses, mais surtout de nombreuses veines gorgées de sang et d'un éclat bleuâtre. Ces dernières, à l'examen cystoscopique d'une vessie normale, sont d'ordinaire complètement effacées et ne deviennent visibles que quand survient l'hyperémie gravidique dans le petit bassin. Elles sont donc l'expression non seulement d'une augmentation de l'afflux sanguin, mais aussi d'une certaine gêne dans la circulation de retour, d'une stase sanguine, et c'est cette stase qui, au moment de l'accouchement, donne si facilement lieu à l'œdème de la muqueuse et crée une prédisposition à des épanchements sanguins plus ou moins considérables. Ce n'est que lentement que disparaît cette hyperémie pendant les suites de couches ; pendant la première semaine qui suit l'accouchement, elle est encore extraordinairement bien marquée et elle donne à la muqueuse un fond de coloration foncé. Je suis donc tout à fait d'accord avec Stoeckel lorsqu'il parle du ton brunâtre que prend la surface de la muqueuse vésicale dans les suites de couches, par opposition avec l'aspect blanc jaunâtre de cette même muqueuse chez les femmes non gravides ni puerpérales ».

Et ces faits, si bien mis en lumière par les examens cystoscopiques de Hæckel et de Ruge, tout récemment encore ont reçu une nouvelle confirmation. M. Bar [3], au cours de nombreux examens cystoscopiques opérés chez des femmes gravides de concert avec M. Georges Luys, à l'aide du cystoscope à vision directe [4] de ce dernier auteur, a constaté lui aussi une vascula-

1. W. Stöckel. — *Die Cystoscopie des Gynäkologen*. 1 vol. in-8° de x-320 pages, avec 9 planches et de nombreuses figures. Leipzig, 1905. (Breitkopf et Härtel, édit.)

2. C. Ruge. — Ueber die puerperale Blase und die puerperale Ischurie. (*Monatschr. f. Geb. u. Gyn.*, 1904, t. XX, p. 536-556, avec 1 figure.)

3. Communication orale de M. Bar à M. R. Proust.

4. Paul Bar et Georges Luys. — Examen de la vessie chez la femme enceinte par le cystoscope à vision directe. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris*, Janvier 1906.)

risation tout à fait remarquable de la muqueuse vésicale, une vascularisation telle que, dans plusieurs cas, « il eut l'impression que les vaisseaux étaient sur le point d'éclater ».

Ces dernières observations, on en conviendra sans peine, sont des plus importantes, car elles paraissent bien devoir enfin trancher de façon définitive la question des varices vésicales. Celles-ci, déjà signalées par les médecins anciens — Cœlius Aurelianus leur donnait le nom d'hémorroïdes vésicales — et plus tard par nombre d'auteurs modernes, Choppart, Morgagni, J. Bell[1], Virchow[2], Albert[3], Tillaux[4], von Dittel[5], Hobeika[6], Boisseau du Rocher[7], Kolischer[8], Berliner[9], J. Vogel[10], étaient cependant encore contestées par divers auteurs, si bien que Nitze[11], en 1899, bien qu'il eût pratiqué de nombreux examens cystoscopiques chez la femme, déclarait formellement (p. 129), après avoir décrit l'aspect des arborisations artérielles et veineuses que l'on observe à la surface de la muqueuse vésicale normale, que « jamais jusqu'alors il n'a vu

1. J. Bell. — The principles of Surgery. London, 1826, vol. III, p. 341.

2. R. Virchow. — Die Krankhaften Geschwülste. Berlin, 1867, t. III fasc. 1 p. 153.

3. E. Albert. — Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre, t. IV, Die chirurgische Krankheiten des Beckens und der unteren Gliedmasse. Wien, 1880, p. 54.

4. P. Tillaux. — Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, 6e édition, Paris, 1891, p. 196.

5. Von Dittel. — Cité par Zuckerkandl et Berliner. *Allgem. Wien. mediz. Zeitung*, 1892, nos 39 et 43.

6. Assad Hobeika. — Hématuries par varices de la vessie, *Thèse* de Lyon, 1898. Voici, en raison de leur précision qui ne laisse aucun doute sur l'existence des varices vésicales, les conclusions du travail de Hobeika :

« 1° L'hématurie vésicale peut se produire indépendamment des néoplasmes, des calculs, de la tuberculose et des inflammations de la vessie.

« 2° L'hématurie peut avoir pour seule cause la dilatation des veines vésicales ou varices de la vessie, et se produire par la seule rupture de ces varices.

« 3° Cette hématurie par varices de la vessie a pour caractère : *a*) l'apparition spontanée, indépendante du cathétérisme; *b*) l'absence de dysurie habituelle; *c*) l'indolence de l'hémorragie; *d*) le mélange intime du sang avec l'urine; *e*) la dysurie qui ne survient qu'avec des caillots; *f*) la durée de quelques jours seulement; *g*) la réapparition intermittente ».

7. Boisseau du Rocher. — De la mégaloscopie vésicale. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1898, VIII, p. 65-93, avec 7 figures et 2 planches.)

8. G. Kolischer. — Maladies de l'urètre et de la vessie chez la femme, avec considérations spéciales sur l'endoscopie et la cystoscopie, 1900, in-12, avec figures, édition française.

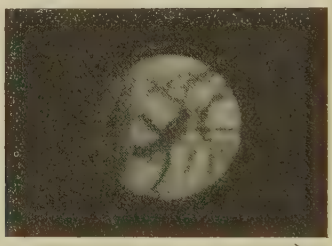
9. A. Berliner. — Die Teleangiektasien der Blase : ein Beitrag zur Aetiologie der Blasenblutungen. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, 1902, Bd LXIV, p. 516-525.)

10. J. Vogel — Voici ce qu'écrit à ce sujet cet auteur : « Moi-même, il y a déjà longtemps, j'ai pu, dans un cas d'hématurie vésicale grave, déterminer avec une certitude absolue que la cause de cette hématurie résidait dans une veine variqueuse siégeant sur l'uretère droit ». Ueber Hämaturien. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1906, 16e année, n° 16, p. 488-491.)

11. M. Nitze. — Lehrbuch der Kystoskopie; ihre Technik und klinische Bedeutung. Wiesbaden, 1899. (J. F. Bergmann, éditeur.) p. 129.

de troncs veineux fortement dilatés ou de ces ectasies veineuses analogues à ces nodosités hémorroïdales qu'on observe si souvent au niveau de l'anus ».

Désormais, après ce que viennent de nous montrer les recherches les plus récentes, la question ne paraît plus discutable et l'on peut regarder comme définitivement acquis que chez la femme gravide, spécialement sous l'influence de causes congestives favorisées par la grossesse, il se développe occasionnellement des varices vésicales, tout comme il s'en produit du reste chez certains malades, ainsi que tout récemment Jacoby[1] en a fourni l'indiscutable démonstration en apportant une reproduction photo-stéréoscopique d'une varice vésicale relevée chez un vieux prostatique,



Photographie d'une veine variqueuse de la muqueuse vésicale obtenue directement par Jacoby à l'aide de son appareil stéréocystophotographique.

reproduction qui permet à toute personne munie d'un stéréoscope de constater par elle-même *de visu* la réalité positive de la varice vésicale.

Mais, ces varices, sous une influence quelconque, — congestion excessive (Bar), effort violent (Kubinyi), traumatisme plus ou moins important (Proust) mais pouvant aussi être assez insignifiant pour passer inaperçu (Guyon et Albarran), hépato-toxémie créant dans le système veineux vésical congestionné des points de moindre résistance (Chiaventone), — peuvent se rompre ou s'exulcérer, donnant ainsi lieu à ces hémorragies d'importance variable que l'on constate parfois chez les femmes en état de puerpéralité et qui ont reçu fort justement de ce chef le nom d'*hématuries gravidiques.*

1. Jacoby (de Berlin). — Die Stereokystophotographie. (*Centralbl. für die Krankheit. der Harn und Sexualorgane*, 1905, t. XVI, p. 529-533, avec 4 figures et 1 planche, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, Paris, 1906, nº 5 p 358-362, avec figures.)

Diagnostic. — D'une façon générale, le diagnostic des hématuries gravidiques d'origine vésicale présente peu de difficultés.

L'examen de l'appareil génital permet aisément de reconnaître que le sang n'est point dû à une fausse couche, à une insertion basse du placenta, à une varice vulvaire rompue.

Le sang étant donc reconnu provenir de l'appareil urinaire, l'examen de l'urine recueillie par la sonde, la présence ou l'absence de caillots abondants dans la vessie, — encore que Zuckerkandl déclare : « l'oblitération de l'orifice vésical par un caillot sanguin, la rétention d'urine *cum coagulatione* n'est pas un signe suffisant pour localiser la source de l'hémorragie dans les voies urinaires, car le sang provenant du rein peut également former dans le bas-fond vésical un caillot considérable, capable de rendre l'évacuation de l'urine impossible », — permet en général d'en préciser l'origine.

On pourra encore, ainsi que le préconise Ultzmann, cité par Kubinyi, recourir à l'épreuve de l'iodure de potassium « qui s'appuie sur ce fait que lorsqu'on applique de l'iodure de potassium sur un ulcère de jambe, ce sel peut être décelé dix minutes après dans la salive. Ultzmann recommande, en conséquence, d'injecter dans la vessie, après lavage vésical préalable, une solution de 1/2 à 1 gramme d'iodure de potassium dans 60 grammes d'eau : existe-t-il une hémorragie vésicale? L'iodure est aussitôt résorbé et passe dans la salive, où il est facile de le retrouver[1] ».

L'exploration digitale (Kubinyi), ou mieux l'examen cystoscopique, quand ils pourront se faire, permettront enfin de préciser définitivement le siège de l'hémorragie.

Pronostic. — Le pronostic des hématuries gravidiques d'origine vésicale, de même que celui des hémorragies d'origine rénale, est variable. Tantôt il est d'une gravité minime (cas de Vogel, *V. Observ. XXI*) et tantôt, au contraire, soit par leur durée et leur répétition (cas de Guyon et Albarran, *V. Observ. XVII*), soit par leur importance (cas de Kubinyi, *V. Observ. XIX*, et cas de Proust, *V. Observ. XX*) il prend un caractère tout à fait menaçant, commandant sans retard une intervention décisive.

Le pronostic, d'ailleurs, ici encore doit se voir envisagé au double point de vue de la mère et de l'enfant. Naturellement, il

1. P. Von Kubinyi (de Budapest). — Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft (Hémorragie grave des voies urinaires au cours de la grossesse.) *Zentralbl. f. Gynäkologie*, 3 Décembre 1904, nº 48, p. 1473-1478).

est moins favorable pour ce dernier, puisque sa mort peut résulter d'une interruption prématurée de la grossesse, interruption qui sera au contraire favorable à la mère en amenant la disparition les accidents. Cependant, l'examen des observations montre que, malgré des hématuries inquiétantes, des grossesses peuvent être menées à terme (cas de Guyon et Albarran, de Kubinyi, de Proust). Ce n'est, en somme, que fort exceptionnellement que le médecin, à la façon de Tridondani, se verra appelé, en vue de sauver la mère, à provoquer l'avortement ou l'accouchement prématuré.

IV

LE TRAITEMENT DES HÉMATURIES DE LA GROSSESSE

Le traitement des hématuries de la grossesse comporte, de toute évidence, une indication essentielle : arrêter l'hémorragie.

Mais, suivant leur origine, les procédés que l'on pourra se voir appelé à mettre en œuvre pour réaliser l'hémostase seront divers. Il importe donc d'examiner séparément le traitement des hématuries d'origine rénale et celui des hématuries d'origine vésicale.

Hématuries d'origine rénale. — Quand il s'agit d'hémorragies peu considérables, la seule conduite à tenir est de mettre la malade au repos, de surveiller étroitement son hygiène et de se garder prêt à intervenir d'une façon plus active au cas où la situation viendrait à se modifier.

Mais, si les hématuries se répètent, si elles sont particulièrement abondantes et de ce chef créent pour la patiente un état d'anémie préjudiciable, il y a lieu de recourir à une thérapeutique énergique.

Sans s'attarder aux médications styptiques ordinaires, médications qui demeurent alors complètement inefficaces, on peut se voir amené, comme le fit Chiaventone (*V. Observ. XVIII*), à ponctionner le sac amniotique, de façon à diminuer la compression de l'utérus sur les uretères et les vaisseaux.

Cependant, c'est là une détermination grave, puisqu'elle a pour résultat d'interrompre la grossesse et par suite, dans la grande majorité des cas au moins, d'entraîner la mort du fœtus.

En telles conditions, et étant donné que c'est un fait dûment constaté aujourd'hui que les interventions chirurgicales ne sont point incompatibles avec la continuation de la gestation, l'on est en droit de penser que, pour combattre les phénomènes congestifs

qui se trouvent à la base des hématuries rénales gravidiques, dans des cas particulièrement graves l'on pourrait peut-être avoir recours à la néphrotomie ou à la décapsulation, une telle opération pouvant avoir ce double résultat de faire cesser les hémorragies, causes pour la mère d'une anémie profonde, tout en n'interrompant pas la grossesse.

Hématuries d'origine vésicale. — Cette fois encore il y a lieu de distinguer si l'on se trouve en présence d'hémorragies légères ou d'hématuries capables de compromettre l'existence de la malade.

Dans le premier cas, l'abstention combinée à une surveillance active semble toujours être par excellence la règle à observer.

On tiendra la malade immobile au lit, et l'on pourra par surcroît recourir à des applications de compresses d'eau froide ou de vessies de glace sur la région hypogastrique.

En des cas semblables, Kubinyi recommande encore les lavages à l'eau chaude de la vessie, l'hydrastis, l'ergotine, la gélatine, voire même l'adrénaline en instillation à 1 p. 1000 ou en lavage à 1 p. 10000.

Guyon et Albarran (*V. Observation XVII*) ont obtenu un succès par des lavages vésicaux à l'eau boriquée, lavages suivis d'instillations de nitrate d'argent à 1 p. 100 au niveau du col.

J. Vogel, par le repos complet durant plusieurs jours combiné à l'injection dans la vessie d'une solution gélatinée à 2 p. 100, a vu céder l'hémorragie provenant de la rupture d'une varice vésicale. Il est vrai que ce même auteur (*V. Observation XXI*) a également obtenu la cessation de l'hémorragie en amenant par un exercice prudent et par l'évacuation régulière et complète du gros intestin la décongestion de muqueuse vésicale saignante.

Cependant, tous ces moyens, qui donnent des résultats quand il s'agit de petites hématuries, demeurent impuissants ou insuffisants vis-à-vis des grandes hématuries telles que celles observées par Kubinyi et par Proust.

En des cas semblables, il faut à tout prix, et rapidement, obtenir la cessation de l'hémorragie. Pour atteindre ce résultat, trois méthodes se présentent au choix du médecin : l'accouchement provoqué employé par Tridondani, l'aspiration des caillots à laquelle a eu recours avec succès Kubinyi, et la taille hypogastrique qui fut, heureusement, pratiquée par Proust.

De ces trois modes d'intervention, le premier nous paraît *a*

priori devoir être rejeté, sauf peut-être certains cas très exceptionnels, justement parce qu'il a pour effet de condamner l'enfant.

L'aspiration des caillots — qui a si bien réussi à Kubinyi — peut suffire, en permettant aux parois vésicales de se contracter sur elles-mêmes, à assurer l'oblitération des vaisseaux qui saignent. Mais c'est là une méthode infidèle et qui, à l'occasion, peut ne pas être sans danger, au cas par exemple où l'on pourrait avoir à craindre une rupture vésicale. Il convient donc de ne point s'y attarder si elle ne donne pas de résultats immédiats.

Reste alors la taille hypogastrique?

Particulièrement recommandable dans les cas d'infection vésicale, cette opération, dont la légitimité est apparue à Kubinyi et à Vogel et qui a donné un si beau succès à Proust, paraît bien constituer en une telle occurrence l'opération par excellence. Seule, en effet, elle permet de marcher droit à la lésion, et, suivant les cas, d'aller pincer ou lier le vaisseau qui donne. De plus, comme l'a fort bien fait remarquer Proust, « elle est particulièrement recommandable lorsqu'il y a lieu de soupçonner une rupture vésicale ou une contusion grave, et elle peut permettre, dans les cas favorables, la suture de la solution de continuité ou, tout au moins, le tamponnement ». Enfin, elle présente ce précieux avantage de se concilier avec la continuation de la grossesse.

V

CONCLUSIONS

I. — Il existe réellement une hématurie liée à l'état de puerpéralité et que l'on peut appeler *hématurie gravidique*.

II. — Cette hématurie est bien en rapport avec la grossesse. Les travaux et observations de Guyon, Albarran, Champetier de Ribes, Treub, Chiaventone, Kubinyi, Proust et Vogel sont à cet égard des plus démonstratifs.

III. — Ces hématuries se produisent suivant un double mécanisme. Tantôt elles ont une origine rénale et tantôt une origine vésicale.

IV. — En ce qui concerne les hématuries d'origine rénale, il semble que divers éléments concourent à leur pathogénie :

1° La congestion causée par la compression de l'utérus sur les gros vaisseaux de l'abdomen, favorisée d'autre part par la légère stase urinaire due à l'action mécanique qu'exerce l'utérus sur les uretères; 2° la seule congestion mécanique ne pouvant expliquer les hématuries précoces survenant à une époque où la compression exercée par l'utérus sur les uretères et les vaisseaux est pratiquement nulle, il y a lieu de penser que des phénomènes d'insuffisance hépatique et rénale jouent le rôle principal dans les hématuries gravidiques d'origine rénale. Celles-ci relèveraient donc surtout de l'hépato-toxémie (Chiaventone).

V. — En ce qui concerne les hématuries d'origine vésicale, les phénomènes congestifs semblent prendre le premier rang, l'hémorragie étant alors produite par la rupture d'une varice vésicale ou

par une sorte d'exulcération de la muqueuse au niveau d'une veine transitoirement variqueuse.

La toxémie gravidique par insuffisance hépato-rénale joue peut-être un faible rôle dans la production de ces dernières varices vésicales en modifiant la toxicité et la résistance des vaisseaux.

VI. — Les hématuries gravidiques présentent en elles-mêmes le plus souvent un pronostic assez bénin. Mais ce pronostic est variable suivant l'état général de la malade, et suivant l'importance et la fréquence des hémorragies.

Celles-ci peuvent compromettre l'existence : 1° de la mère, par l'état d'anémie grave que leur répétition et leur prolongation est susceptible d'amener; 2° de l'enfant, par interruption prématurée de la grossesse.

VII. — Le traitement de l'hématurie gravidique comporte des indications diverses :

Hématuries rénales. — Si l'hémorragie est peu importante, on se bornera à l'expectation et à ordonner des prescriptions hygiéniques.

Dans les cas graves, on pourra comme Chiaventone provoquer l'accouchement en ponctionnant le sac amniotique de façon à diminuer la compression de l'utérus sur les uretères et les vaisseaux.

Peut-être vaudrait-il mieux recourir alors à une intervention chirurgicale et tenter la néphrotomie ou la décapsulation, plutôt que d'interrompre la grossesse.

Hématuries vésicales. — Nous estimons que dans les cas peu graves, le mieux est de s'abstenir tout en surveillant la malade.

Quand les hémorragies par leur abondance deviennent dangereuses, on peut essayer l'aspiration des caillots, et, si cette tentative ne réussit pas, s'il y a de l'infection, comme procédé de choix, au lieu de recourir à l'avortement (Tridondani), pratiquer la taille hypogastrique (Proust), qui seule permet d'aller droit à la lésion et de tarir la source de l'hémorragie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Dubois. — **Cystite avec exhalation sanguine simulant une perte utérine.** (*Journal de médecine et de chirurgie pratique*, t. XIV, 1843, p. 514-515.)

Une femme enceinte de six mois est entrée à la clinique disant perdre du sang toutes les fois qu'elle faisait des efforts pour uriner; elle accusait en même temps des douleurs de bas-ventre et de la pesanteur dans les parties génitales; elle sentait, du reste, les mouvements de son enfant.

M. Dubois a touché cette femme et n'a rien trouvé du côté du col; le doigt porté sur cette partie n'était pas teint de sang; mais en introduisant une sonde dans la vessie, on déterminait d'assez vives douleurs du côté de l'urètre; une petite quantité d'urine colorée s'écoulait, et quand l'instrument était ramené au dehors, son bec était couvert d'une matière sanguinolente. Ainsi cet écoulement, qui tout d'abord pouvait faire craindre une fausse couche, était symptomatique d'une inflammation de la vessie liée à un état puerpéral.

M. Dubois a cité, à cette occasion, une autre femme placée au n° 35 du service, et chez laquelle il survint des douleurs tellement vives, qu'on les prit pour des douleurs d'accouchement. Or ces douleurs avaient aussi la vessie pour siège; on les calma par des saignées, des sangsues, l'opium, etc.; le fait n'est donc pas rare, il se produit au contraire assez souvent, et il faut y faire attention car il est grave.

Un tel état en effet peut exercer une influence fâcheuse sur la grossesse; le ténesme et les efforts qui en sont la suite peuvent déterminer des contractions utérines et accélérer le moment de l'accouchement. M. Dubois a vu le ténesme rectal produire cet accident.

La cystite puerpérale doit être traitée comme dans les circonstances ordinaires, avec quelques modifications relatives à la quantité de sang tiré. Voici la prescription faite à la première visite, le 26 Août:

Saignée du bras de 150 grammes, décoction d'orge avec une petite quantité de graine de lin, bain entier, lavement simple.

Le 28 il y avait moins de douleur en urinant, les urines ne contenaïent pas de sang. Le bain ayant été mal supporté, M. Dubois prescrivit de simples cataplasmes. La décoction avec le chiendent, l'orge et la graine de lin, un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale, deux potages,un bouillon.

Quelques douleurs plus vives survenues les jours suivants cédèrent à une application de dix sangsues faite sur la région hypogastrique. La malade fut soumise de nouveau à l'usage des bains, qu'elle prit sans dfficulté. On continua les boissons émulsives et les lavements émollients et laxatifs. Les dou-

leurs cessèrent tout à fait; les urines qui contenaient encore, non du sang, mais un mucus puriforme, reprirent leur aspect normal, et bientôt cette femme quitta la clinique entièrement guérie.

OBSERVATION II

FINGER. — **Zwei seltene Krankheitsfälle [Blutharnen während der Schwangerschaft]**. (*Allgemeine Wiener medizinische Zeitung*, novembre 1873, t. XVIII, n° 49, p. 604.)

Une femme israélite, d'environ trente ans, vint à Lemberg pour me consulter au sujet de sa santé. Elle était au sixième mois de sa septième grossesse et racontait que depuis cinq mois déjà elle souffrait d'hématuries.

C'était une femme dans un assez bon état de nutrition, d'apect cependant très pâle et dont les membres inférieurs présentaient un œdème très accentué remontant jusqu'aux genoux. Les appareils respiratoire, circulatoire et digestif ne présentaient rien d'anormal; l'abdomen distendu correspondait par son volume à l'état de grossesse sus-indiqué; le pouls fœtal était faiblement perceptible au voisinage de l'ombilic et la malade déclarait percevoir nettement les mouvements de l'enfant. En dehors d'une sensation de tension modérée dans la région des reins et d'envies d'uriner plus fréquentes que normalement, la malade n'accusait aucun trouble morbide, se plaignait seulement d'une faiblesse très grande. La palpation de la région des reins n'éveillait qu'une douleur peu accentuée; il n'existait pas d'augmentation de volume appréciable des reins. L'urine fraîchement émise avait une coloration rouge foncé, et par le repos donnait lieu rapidement à la formation de petits caillots, visibles à l'œil nu, en sorte que l'examen microscopique parut inutile; d'ailleurs la réaction de Heller démontrait irréfutablement la présence de sang dans l'urine.

Pendant que j'examinais la malade, celle-ci me déclara que, cette fois, elle accoucherait certainement d'une fille. Et, comme je lui demandais sur quoi elle fondait cette opinion, elle me répondit qu'elle avait déjà eu trois garçons et trois filles, et que, tandis qu'elle avait toujours été en bonne santé en portant ses garçons, la gestation des filles s'était toujours compliquée d'hématuries. Ces hématuries apparaissaient dès le début de la grossesse et persistaient jusqu'à l'accouchement; elles s'accompagnaient de gonflement œdémateux des membres inférieurs et d'un affaiblissement notable; la malade reprenait d'ailleurs rapidement ses forces dès les premières semaines qui suivaient l'accouchement.

Je ne puis savoir si les pressentiments de la femme relativement au sexe du nouvel enfant à naître se réalisèrent.

Cette apparition d'hématuries au cours de quatre grossesses est un rébus pathologique auquel on peut à peine donner une explication plausible; ce n'en est pas moins un phénomène étonnant que chaque fois que la malade en question était atteinte de cette complication, elle donnait naissance à une fille. Y a-t-il simple coïncidence ou bien le symptôme morbide présenté par la mère a-t-il eu une influence sur le développement sexuel du fœtus?

OBSERVATION III

KEHRER. — **Die Hemophilie beim weiblichen Geschlechte**. (*Archiv für Gynækologie*, 1876, Bd X, Heft 2, p. 201-237, avec planches.)

Femme M..., de W..., âgée de vingt-trois ans, grande, vigoureusement constituée, mais toujours pâle.

Antécédents. — Père ayant eu souvent, étant jeune homme, et, pour la dernière fois, à l'âge de quarante-huit ans, des épistaxis abondantes; mort en 1866, de phtisie. Mère bien portante, âgée de cinquante-trois ans, ayant toujours des règles abondantes et de longue durée.

La malade, à l'âge de dix ans, a fait une chorée qui a duré trois mois: pendant l'âge de croissance, elle a toujours été de santé délicate et pendant longtemps chlorotique. Réglée depuis l'âge de seize ans, régulièrement, modérément, durant trois jours chaque fois, avec sensation de pesanteur du côté de la vulve. De temps à autre, elle avait, au cours de ses menstruations, des épistaxis.

Mariée depuis trois ans, elle a fait trois fausses couches qui toutes se sont accompagnées de fortes hémorragies : la première à six mois, la deuxième à quatre mois, la troisième à trois mois (Mars 1871).

La femme M... vint me consulter le 18 Août 1871, se plaignant de douleurs dans la région inguinale gauche, de pesanteur du côté de la vulve, de vomissements répétés de liquides bilieux, de céphalée et autres maux divers. L'utérus se trouvait dans une situation verticale anormale, le col appuyant fortement sur le périnée, le fond au niveau du détroit supérieur. La cavité utérine mesurait 8 centimètres de profondeur. Pas de sensibilité particulière de l'utérus à la pression. Légère colpocèle antérieure. En raison du prolapsus de ce gros utérus, j'appliquai un pessaire de Hodge du grand modèle, lequel eut pour résultat de supprimer la pression sur le périnée et de faciliter naturellement la marche ou au moins les mouvements. Ce pessaire fut porté sans interruption jusqu'au 29 Janvier 1872.

Au commencement de Septembre 1871, la malade eut ses règles pour la dernière fois. La grossesse se manifesta ensuite par des nausées, des douleurs dans les seins, de la céphalée dans les deux premiers mois. La malade eut à deux reprises des épistaxis.

Quelques jours avant la Noël, la malade fut prise, au moment d'uriner, d'une douleur dans la vessie, douleur qui disparut avec l'émission d'une urine colorée en rouge. Depuis ce moment, elle a souvent des mictions sanglantes, mais, cependant, à certains jours, les urines sont complètement claires.

Le 22 Janvier 1872, elle revint me voir, se plaignant de faiblesse, de palpitations, d'insomnies, d'inappétence, de constipation et de légères douleurs lombo-sacrées. Elle était très pâle et son pouls marquait 120. Utérus mou, ayant son fond à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne et son segment inférieur passablement descendu dans le bassin. Le pessaire n'exerçait en nul point de pression sur les parois du vagin, restées d'ailleurs non douloureuses et ne présentant aucune trace d'ulcération. Vessie non douloureuse à la palpation soit vaginale, soit abdominale. Régions rénales également indolores à la pression. Cathétérisme de la vessie facile et non douloureux. L'urine évacuée par la sonde était de coloration rouge brun et beaucoup plus sanglante que celle obtenue par miction spontanée et conservée par la malade pour la faire contrôler (peut-être faut-il attribuer ce fait au voyage — une heure de chemin de fer et, en outre, une demi-heure de route à pied — ou encore au cathétérisme, si facile qu'il eût été?). Par l'ébullition, cette urine donne un dépôt abondant rouge brunâtre, et, par l'addition d'acide azotique, un dépôt un peu moindre et grumeleux. Au microscope, on découvre d'innombrables globules très bien conservés et quelques éléments lymphoïdes isolés ou groupés.

Malgré des analyses microscopiques répétées du dépôt, je ne pus jamais découvrir le moindre cylindre.

Dans les jours qui suivirent, les hématuries se répétèrent malgré le repos

ordonné à la malade; par moments les urines seraient devenues rouge foncé.

Le pessaire fut enlevé le 29 Janvier, et aussitôt disparurent les douleurs lombaires et les maux de tête qui, dans les derniers jours surtout, étaient devenus passablement forts.

Mais les hématuries persistèrent. Le 28 Janvier, la malade fut prise d'une violente épistaxis : pendant trois jours et trois nuits, le sang serait sorti continuellement goutte à goutte du nez et elle en aurait perdu ainsi « trois chopes », malgré l'application continue d'eau froide.

Le 2 Février 1872, je fus appelé en consultation et trouvai une femme d'une pâleur cireuse avec les muqueuses fortement décolorées. Pas d'adénites. Pouls filiforme à 120-130. Céphalée dans les derniers jours, intense, actuellement moindre. Faiblesse très grande. Langue recouverte d'un enduit jaunâtre. Constipation. Dyspnée. Soif vive. Depuis la veille, la malade vomit tout ce qu'elle prend. Mictions rares. Urines peu sanglantes. Utérus mou dépassant d'un travers de main la symphyse pubienne. Segment inférieur abaissé renfermant la tête fœtale. Pas de contractions. Bruits du cœur fœtal non perceptibles. Pas de trace de compression du pessaire sur les parois vaginales. Traitement : boissons acides, glace, petites quantités de vin et de bouillon. Tannin contre l'hématurie. Je m'abstiens de provoquer l'accouchement en raison de l'anémie extrême de la malade.

Dans les jours qui suivirent, la malade eut encore souvent des épistaxis profuses et, de temps à autre, des hématuries modérées.

Le 6 Mars, accouchement prématuré d'un enfant macéré; je ne sais s'il s'accompagna d'une forte hémorragie.

Le 8 Avril 1872, la mort survint par anémie croissante. L'autopsie ne fut pas faite.

OBSERVATION IV

Hirst. — **Hœmaturia in pregnancy.** (*Medical News*, 4 Mai 1889, t. LIV, p. 486.)

Il s'agit d'une primipare, âgée de trente-six ans, qui, avant sa grossesse, avait souffert, à plusieurs reprises, de douleurs lombaires s'irradiant parfois le long des uretères. Au sixième mois de la grossesse, cette femme remarqua que son urine était sanglante; à chaque miction, une quantité considérable de sang était mêlée à l'urine et il en fut ainsi jusqu'à l'accouchement, survenu à terme sans que, à aucun moment, on ait constaté d'intervalles d'urines claires. Le second jour de la délivrance, la quantité de sang dans les urines commença à diminuer; le troisième jour, il n'y avait presque plus de sang et l'urine redevint claire au neuvième jour.

OBSERVATION V

Cleaves. — **Vesical hemorrhage in pregnancy, with report of a case.** (*Medical record*, 14 Mars 1891, n° 1062, p. 309-301.)

Mlle C..., vingt ans. Antécédents héréditaires : mère morte de tuberculose. Antécédents personnels : n'a jamais fait de maladie. Menstruation peu abondante et irrégulière. Dernières règles en Mars 1888.

Le 2 Octobre, léger écoulement sanguinolent, sans trouble d'aucune sorte. Le 6 Octobre, elle commence à uriner du sang en abondance : chaque quart d'heure, elle a une miction contenant du sang liquide et des caillots. Elle se plaint, en outre, de douleurs violentes dans le bas-ventre. Cet état de choses dure trois jours, puis l'urine, toujours sanglante, cesse de contenir des caillots.

La malade ne peut garder le décubitus dorsal à cause des douleurs violentes que lui cause cette position.

Du 10 au 17 Octobre, frissons et fièvre.

Examen physique le 17 Octobre. Vêtements imprégnés d'urine sanglante, dégageant une forte odeur ammoniacale. Au palper, on perçoit les mouvements du fœtus. Toucher vaginal douloureux : vagin congestionné, tuméfié, présentant un écoulement leucorrhéique très épais et abondant. Col gros, mou, entr'ouvert.

Le cathétérisme de la vessie est extrêmement douloureux. L'urine retirée est sanglante et ammoniacale; elle est alcaline, de faible densité, albumineuse et laisse déposer un sédiment composé de pus, de phosphates, de globules sanguins, de cellules épithéliales.

La malade avoue que, voulant cacher sa grossesse, elle portait un corset extrêmement serré qu'elle gardait nuit et jour.

Les choses restent en l'état jusqu'au 23 Octobre, jour où la malade accouche d'un enfant mort-né. Suites normales.

Les urines sanglantes et la douleur persistent sans modifications jusqu'au 31 Octobre; à partir de ce moment, les troubles s'amendent; le 11 Décembre, la guérison est complète.

L'auteur attribue les hémorragies vésicales à la rupture de varices vésicales, varices déterminées par la constriction exagérée de la taille maintenue par la malade dans le but de cacher sa grossesse.

OBSERVATION VI

Tridondani. — **Una rara causa di provocazione di aborto.** (*Gazzetta medica di Pavia*, 1892, n° 12.) (Analysé dans *Jahresbericht über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtolilfe und Gynaekologie für* 1892, vol. VI, p. 129.)

Le cas de Tridondani concerne une hémorragie vésicale qui se reproduisit au cours de deux grossesses chez une même femme. Cuzzi en attribue la cause à une dilatation des capillaires de la muqueuse vésicale causée par la grossesse. Le traitement a consisté les deux fois dans l'avortement provoqué, après lequel l'hématurie céda peu à peu.

OBSERVATION VII

F. Guyon. — **Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales.** (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, Février, t. XV, p. 113-136.)

Il s'agit de la femme du n° 4 de la salle Laugier. Cette malade, âgée de trente-cinq ans, ne présente pas d'antécédents morbides. Elle a eu 3 grossesses dont la première remonte à 1887, la seconde à 1894, la troisième à 1896.

Pendant la deuxième grossesse, la malade a remarqué, vers le huitième mois et pendant une période de quinze jours environ, que ses urines étaient noires comme du café ; elle n'a pas consulté de médecin à ce moment. Mais vous savez la valeur sémiologique des urines noires et nous ne pouvons douter qu'il y ait eu alors une première hématurie.

Ce même accident s'est d'ailleurs reproduit vers le huitième mois de sa troisième grossesse, dix mois par conséquent avant son entrée à Necker ; il a duré trois semaines environ et s'est accompagné de douleurs sourdes dans la région rénale droite.

Dans l'intervalle de ses grossesses, la malade n'a jamais uriné de sang. Pendant ses grossesses elle n'a jamais eu de symptômes de néphrite. Mais il y a cinq mois, trois mois après le dernier accouchement, elle est prise la nuit d'une hématurie subite, totale, indolente, spontanée; le matin au réveil, la malade s'aperçoit que ses urines sont rouges. Depuis cette époque, l'hématurie a persisté sans interruption, épuisant la malade, qui entre à la salle Laugier le 22 Novembre, absolument exsangue. Trois jours avant son entrée, elle a eu de vives douleurs dans le côté droit et a rendu de petits caillots.

Lorsqu'elle se présente à la consultation, on constate que les urines étaient uniformément colorées en rouge. La malade allaitait encore son enfant. Je lui fis comprendre la nécessité d'interrompre l'allaitement, ce qu'elle fit avant d'entrer à l'hôpital. Le lendemain de son entrée, alors que les seins étaient en pleine tension laiteuse, l'hématurie cessa subitement. Depuis, elle n'a plus reparu.

En présence de la gravité de cette hématurie, j'avais soumis la malade dans la salle de consultation à un examen minutieux. On sentait nettement son rein droit, et il me sembla, qu'avec une légère augmentation de volume, cet organe présentait une grosse inégalité à la partie antérieure; le contact profond de la main droite réveillait un peu de douleur. Les jours suivants je n'eus pas la même sensation en ce qui concerne l'augmentation de volume et la déformation; mais le rein était toujours nettement senti.

Le rein gauche ne l'était pas, et le reste de l'appareil urinaire était normal; l'appareil génital, le cœur, les poumons, le foie étaient sains.

L'examen bactériologique et chimique des urines ne nous fournit aucun renseignement spécial; le cystoscope permit de constater l'intégrité de la vessie et la présence de deux urétères fonctionnant régulièrement.

J'avoue que ma première pensée fut pour une lésion grave, pour un néoplasme. J'avais cependant dans l'esprit le souvenir d'un cas analogue, et ce n'est pas sans quelques doutes sur le diagnostic cancer que je conseillai l'intervention dont M. Albarran voulut bien se charger. Elle fut faite le 11 Janvier en ma présence. Une incision lombaire recto-curviligne amena rapidement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et l'on tomba sur le bord inférieur du foie, qui recouvrait en partie le rein. Nous avions l'explication de la saillie trouvée le premier jour et absente aux autres examens. Le foie ne fut d'ailleurs vu qu'à travers le péritoine resté intact, et il suffit de se porter un peu plus en arrière pour pénétrer dans la loge rénale et ramener entièrement le rein à l'extérieur. Il fut alors reconnu sain dans toutes ses parties et incisé dans toute l'étendue du bord convexe, les deux extrémités comprises. La section conduite jusqu'à la voûte sus-pyramidale montrait un parenchyme normal. L'organe fut suturé, réintégré dans sa loge, la plaie fermée, et les suites opératoires ont été des plus simples. Après comme avant l'opération, le rein n'a pas saigné.

Les résultats de nos explorations, aussi bien que l'évolution de cette hématurie qui, après s'être montrée pendant la deuxième grossesse, n'avait reparu qu'au cours de la troisième, pour se remontrer pendant l'allaitement et cesser lorsqu'il fut suspendu, sont bien de nature à permettre de penser que ces pertes de sang qui, dans les premiers temps, compromettaient l'existence, n'étaient pas symptomatiques d'une lésion anatomique.

OBSERVATION VIII

Guyon et Champetier de Ribes. — Rapportée par Guyon, *in* : **Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales.** (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, Février, t. XV, p. 113-130.)

Chez une jeune femme multipare de bonne santé, n'ayant jamais eu de phénomènes pathologiques du côté du rein, on observa pendant la quatrième grossesse une hématurie abondante et durable qui disparut bien avant l'accouchement. L'hématurie se reproduisit, mais avec moins d'abondance pendant la cinquième grossesse. Un an après, la malade eut, en dehors de toute grossesse, une abondante hématurie et on reconnut qu'elle était atteinte de tuberculose rénale.

OBSERVATION IX

Guyon et Champetier de Ribes. — Rapportée par Guyon, *in* : **Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales.** (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, Février, t. XV, p. 113-130.)

Il s'agit d'une femme chez laquelle survint dans les dernières semaines de la grossesse une hématurie abondante qui cessa après l'accouchement et ne reparut plus. Dans ce cas, la santé ne laissait rien à désirer; il est à noter, cependant, qu'il y avait des besoins fréquents d'uriner, sans autres signes de cystite.

OBSERVATION X

Champetier de Ribes. — Mentionnée par Guyon, *in* : **Des conditions suivant lesquelles se produisent les hématuries vésicales et les hématuries rénales.** (*Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1897, Février, t. XV, p. 113-130.)

L'observation concerne une femme chylurique devenue gravement hématurique pendant une grossesse.

OBSERVATION XI

Dandois. — **Hématurie congestive symptomatique de la grossesse.** (*Annales de la Société belge de chirurgie*, 1898, numéro du 15 Janvier, cité par Guyon et Albarran : *in* Hématuries pendant la grossesse.) (*Comptes rendus de la IV^e^ Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1899, p. 80.)

Il s'agit d'une jeune femme de trente ans atteinte subitement d'hématurie et de douleurs lombaires, chez qui la néphrotomie fit voir un rein simplement congestionné. Deux mois plus tard, on constata que la malade était enceinte et, d'après le volume de l'utérus, on supposa que la conception avait dû avoir lieu une huitaine de jours avant l'hématurie et on pensa que celle-ci était liée à la grossesse.

OBSERVATION XII

Bird Young. — *Medical News*, 1899, 13 Mai, rapportée par Guyon et Albabran, *in* : **Hématuries pendant la grossesse.** (*Comptes rendus de la IV^e^ Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1899, p. 80.)

Cet auteur relate l'observation d'une primipare de vingt ans, qui, au troisième mois de sa grossesse, avait présenté quelques douleurs en urinant et de la fréquence dans les mictions. Au sixième mois, la malade était albuminurique et présentait un léger œdème de la face et des extrémités, lorsqu'elle fut prise d'hématurie, d'abord légère. Rapidement l'hématurie devint grave, « les deux tiers de l'urine émise n'étaient que du sang pur » et continua ainsi pendant sept jours; on administra alors de l'ergot de seigle, qui fut bientôt suspendu, et on vit le huitième jour l'hématurie cesser; le neuvième jour, les urines étaient claires, mais de nouveau elles furent sanglantes le dixième et le onzième jour, lorsque la malade avorta d'un fœtus mort. L'hématurie disparut après l'avortement. Il est à noter dans cette observation que la malade eut une attaque d'éclampsie et d'hémorragie intestinale pendant une journée.

OBSERVATION XIII

Van Iterson (de Leyde), cité par Treub (d'Amsterdam), *in* : **Hématurie gravidique.** (*Annales de la Société obstétricale de France*, 1899, pp. 122-123.)

La malade, âgée de trente et un ans, avait eu en 1893, à la fin de sa cinquième grossesse, une hématurie très forte qui disparut après l'accouchement. Tout alla bien jusqu'à deux ans plus tard. Elle fut reprise alors d'hématurie alternant avec des émissions d'urine claire. L'examen des urines répété pendant huit jours fit à la fin découvrir le bacille de Koch.

Au commencement du mois de Mai 1895, il ne se trouvait dans l'urine examinée par M. van Iterson que des erythrocytes, quelques rares leucocytes et des cellules épithéliales rénales. Le rein gauche était nettement palpable et un peu sensible à la pression; rein droit moins bien palpable, mais aussi quelque peu douloureux.

Opération le 15 Mai. L'inspection du rein gauche ne fit découvrir rien d'anormal, de sorte qu'il fut réduit. L'incision du côté droit fit trouver un rein plus petit, mou, de consistance inégale et paraissant cysteux. Les manipulations ayant fait une déchirure dans le tissu rénal tout près de l'implantation de l'uretère, il s'échappa un liquide sale et trouble. Le rein fut enlevé. Guérison rapide et définitive jusqu'à la mort de la femme, il y a quelques mois, d'une pneumonie aiguë.

Le rein extirpé avait une dilatation du bassinet et des calices, de sorte qu'il ne restait que peu de substance rénale. Ni abcès, ni foyer de ramollissement.

La muqueuse du bassinet paraissait saine et ne présentait pas d'ulcérations. L'examen microscopique ne fit pas découvrir de tuberculose.

M. van Iterson se demande, et de droit, s'il n'y a pas eu une erreur dans le diagnostic des bacilles de Koch, diagnostic qu'il n'a pas fait lui-même.

OBSERVATION XIV

H. Treub (d'Amsterdam). — **Hématurie gravidique.** (*Annales de la Société obstétricale de France*, 1899, p. 123-124.)

Il s'agit d'une femme de trente ans, admise à la clinique le 18 Février dernier. Cinq grossesses, dont la dernière s'est terminée par un avortement il y a six mois. Jamais de troubles du côté de l'appareil urinaire. Dernières règles, au mois de Septembre.

Depuis le commencement du mois de Janvier la malade s'est aperçue que son urine présentait une coloration rouge brun foncé. Miction peu douloureuse, plus fréquente qu'à l'ordinaire.

A son admission, l'urine est trouble, de couleur rouge foncé, réaction acide.

A l'examen microscopique, il s'y trouve des érythrocytes, beaucoup de cellules épithéliales de toutes formes et de rares cylindres.

Par le repos au lit et le régime lacté, quelques jours plus tard, le sang a diminué sensiblement.

L'examen microscopique répété ne fait plus trouver d'éléments rénaux. Lentement la quantité du sang diminue, surtout dans les urines du jour; dans celles de la nuit, il y en a toujours plus.

Les derniers jours l'urine n'est plus franchement sanguinolente, mais ressemble plutôt à du jus de viande. La grossesse suit son cours régulier.

OBSERVATION XV

H. Treub (d'Amsterdam). — **Hématurie gravidique.** (*Annales de la Société obstétricale de France*, 1899, p. 124-125.)

La malade est une femme de vingt-cinq ans. Plusieurs cas de tuberculose dans la famille de sa mère.

Antécédents personnels : varicelle à sa sixième année. A souffert dans sa jeunesse d'énurésie nocturne.

A la suite de médicaments ordonnés contre l'incontinence elle fut prise d'hématurie, qui disparut après la cessation de la médication. Elle était alors âgée de douze ans.

Au septième mois de sa grossesse, elle a eu un accès d'hématurie, sans cause connue, qui se guérit spontanément après cinq jours; du reste, grossesse normale terminée par la naissance d'un enfant vivant, qu'elle allaita pendant quelques semaires.

Depuis la fin du mois de Décembre, étant alors dans le cinquième mois de sa seconde grossesse, elle a de nouveau de l'hématurie. La quantité du sang est variable, mais en général très grande. Depuis ce temps jusqu'à son admission à la clinique, qui eut lieu le 21 Mars, elle n'a eu qu'une fois pendant deux jours des urines jaunes claires. La femme nous arriva dans un état d'anémie assez inquiétant. Dans l'urine se trouvait beaucoup de sang colorant également le liquide.

L'examen microscopique démontrait l'absence absolue d'éléments rénaux, mais la présence d'un grand nombre d'érythrocites tant de forme normale que ratatinés.

Souffle systolique à l'artère pulmonaire, bruit de diable aux jugulaires. Du reste, rien dans les organes thoraciques, grossesse normale au commencement du neuvième mois.

L'application de la sonde produit après l'urine quelques caillots fusiformes, minces. L'exploration des parois vésicales par la sonde ne donne pas d'hémorragies. Une heure plus tard, nouvelle application de la sonde; l'urine contient cette fois moins de sang, mais mêlé intimement au liquide et de couleur foncée, de sorte qu'il s'agit bien de sang de provenance rénale.

A cause de l'anémie excessive, je me décide deux jours après l'admission de la malade, le 23 Mars, à provoquer le travail. Ponction des membranes au pôle inférieur de l'œuf; écoulement d'une assez grande quantité de liquide amniotique.

Le jour suivant, l'urine est beaucoup plus claire et contient moins de sang. Cette amélioration continue, de sorte que trois jours après la ponction des membranes il n'y a que des traces microscopiques du sang, et le 27 Mars, quatre jours après la ponction, il n'y a absolument plus de sang dans l'urine. L'examen chimique démontre l'absence de l'albumine. L'accouchement s'est fait attendre jusqu'ici, mais l'urine est restée parfaitement normale.

OBSERVATION XVI

Guyon et Albarran. — **Hématuries pendant la grossesse.** (*Comptes rendus de la IV^e^ Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1899, p. 76.)

C. H..., âgée de vingt-deux ans. — *Antécédents héréditaires.* — Père et mère bien portants. Trois frères bien portants. Trois sœurs bien portantes.

Antécédents personnels. — Érysipèle à treize ans. Réglée à seize ans, régulièrement. Pertes blanches depuis le début de sa grossesse, il y a sept mois. Un enfant il y a quinze mois. Enfant venu à 7 mois 1/3 par le siège, accouchement normal; la malade reprenait son travail dix jours après. Retour de couches six semaines après. Pendant la grossesse et après l'accouchement, ni hématuries ni autres troubles urinaires.

Elle est enceinte de sept mois. Il y a six semaines que la malade souffre de la vessie. Elle ne peut pas rester assise par suite des douleurs qu'elle éprouve.

La malade s'aperçut à cette époque qu'elle avait les urines teintées de sang; en même temps les mictions s'accompagnaient de douleurs assez vives. Cet état, assez peu accusé au début, ne fit qu'empirer jusqu'à aujourd'hui.

Mictions. — Très douloureuses, avant et pendant toute la durée de la miction, mais surtout après ; elles ne sont pas impérieuses. Quant à la fréquence, elle n'existe pas. La malade urine rarement et n'éprouve même pas de besoin d'uriner.

Urines. — Rares, teintées de sang, le sang est apparu la première fois il y a six semaines. Il y a un mois la malade remarqua dans ses urines des caillots de sang noir ayant la forme de vers de terre. Il n'y en avait qu'un seul chaque fois que la malade urinait. Depuis cinq jours, la malade n'en remarque plus dans ses urines. Le sang semble augmenter de quantité dans les urines. Elles sont plus foncées depuis quelques jours.

La malade accuse de la douleur du côté des reins s'exaspérant au moment de la miction, puis sur le trajet des uretères. Ces douleurs ont disparu depuis que la malade est entrée à l'hôpital.

Reins. — Les reins sont douloureux à la palpation dans le triangle costo-vertébral. Pas de fièvre. Assez bon appétit. Pas de constipation.

23 *Juin* 1899. — M. Albarran pratique la cystoscopie. L'urine, qui sort par les orifices urétéraux, ne coule pas en jet dans la vessie, mais en bavant. Une sonde introduite dans l'uretère droit laisse couler de l'urine sanguinolente;

on laisse cette sonde trois heures. L'urine contient toujours du sang. Quant à l'urine venant de la vessie, c'est-à-dire celle du rein gauche, elle contient toujours du sang.

27 *Juin.* — Régime lacté et viandes blanches, la malade ayant un peu d'albumine.

6 *Juillet.* — Les urines contiennent encore du sang.

7 *Juillet.* — Les urines ne sont plus sanglantes, mais restent un peu troubles, avec léger dépôt. La malade sort le 17 Juillet pour aller accoucher à Baudelocque.

18 *Juillet.* — Accouchement normal à la clinique Baudelocque.

18 *Septembre.* — La malade est nourrice et se porte bien; le sang n'a pas reparu dans les urines.

OBSERVATION XVII

Guyon et Albarran — **Hématuries pendant la grossesse.** (Communication au *IV^e^ Congrès de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1899; *Comptes rendus*, pp. 76-90.)

G. B..., âgée de vingt ans, entre salle Laugier, le 24 Juin 1899 (n° 6).

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Un frère et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole à cinq ans. Réglée à treize ans, irrégulièrement, toujours avec douleurs.

Dernières règles le 7 Décembre. La malade est enceinte de cinq mois et demi. Pas d'autres grossesses.

10 *Juin* 1899. — La malade vient consulter à l'hôpital pour troubles de la miction remontant à quatre mois environ. Les mictions sont douloureuses à la fin; pendant le jour, leur fréquence est normale; la nuit, la malade urine trois ou quatre fois.

Il y a quatre mois, la malade remarque quelques caillots de sang dans son urine, à de rares intervalles; depuis six semaines, presque tous les jours, il y a des caillots ou bien l'urine est rouge; certains jours, elle contient beaucoup de sang. Lorsque la malade est entrée à Necker, l'urine était trouble, de couleur rouge clair.

L'examen physique fait constater que la capacité vésicale est de 280 grammes et que la vessie est sensible à la pression par le toucher vaginal. Les reins paraissent normaux. L'utérus présente le volume correspondant à une grossesse de six mois.

24 *Juin.* — La malade souffre davantage et ses urines sont plus sanglantes, ce qui la décide à entrer dans le service.

L'examen avec la sonde de Nélaton permet de recueillir de l'urine sanglante sans que les dernières gouttes soient plus colorées. Le liquide du lavage vésical est un peu plus teinté à la fin de l'écoulement.

Examen cystoscopique. — Tout le pourtour du col et le trigone offrent une teinte rouge anormale; sur ce fond se détachent, en arrière et sur les côtés, des veines dilatées, tortueuses, qu'on peut suivre depuis le col jusqu'aux orifices urétéraux; en avant, sur la partie antérieure du col, on voit une veine semblable, moins grosse.

Les orifices urétéraux sont normaux, mais plus rouges; l'urine qui descend du rein s'écoule en bavant et paraît claire.

Traitement. — Lavages boriqués de la vessie et instillations de nitrate d'argent à 1 p. 100 au niveau du col.

4 *Juillet.* — Le sang a disparu des urines, qui sont encore louches; la malade souffre peu.

8 *Juillet.* — La malade sort et n'est plus revue depuis.

OBSERVATION XVIII

UMBERTO CHIAVENTONE. — **De l'hématurie de la grossesse.** (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1901, tome II, p. 196-219.)

X..., quarante-six ans, femme de chambre. Antécédents de famille très bons. Dans ses antécédents personnels, aucune maladie interne. A souffert seulement d'une métrite parenchymateuse, traitée il y a dix ans d'abord par le curettage, puis par l'amputation du col. Menstruée à quatorze ans, régulièrement. Depuis, cinq grossesses, la quatrième gémellaire, toutes terminées spontanément, à terme; pas d'accidents puerpéraux. Sixième et dernière grossesse terminée spontanément le 14 Mai 1900 par la naissance d'un enfant vivant, venu par le siège ; les dernières règles dataient du 4 Septembre 1899.

Vers le milieu de la grossesse, la femme remarqua la présence du sang dans les urines. Perte de sang ne s'accompagnant d'aucun symptôme spécial, n'altérant aucunement la santé de la femme, qui était et se maintint bonne ; d'abondance variée, parfois interrompue par de courts intervalles durant lesquels l'urine était normale, mais se reproduisant jusqu'à la fin de la grossesse. La grossesse terminée, l'hématurie diminue de plus en plus, et cessa complètement dès le septième jour des suites de couches.

Caractères de l'hématurie. — Elle se manifestait, que la malade observât le repos le plus absolu ou qu'elle se laissât aller à une activité excessive. Le jet de l'urine, que la miction fût spontanée ou artificielle avec le cathéter, était uniformément coloré en rouge pendant toute la miction. Les mictions — en nombre et en quantité — étaient normales et ne s'accompagnaient d'aucun trouble du côté de l'urètre ou de la vessie. Le sang restait intimement mélangé à l'urine, même à un repos prolongé (coloration plus ou moins intense, en rapport avec la quantité de sang mélangé). Le microscope révéla la présence des éléments figurés du sang, le spectroscope, les raies d'absorption de l'hémoglobine. Il y avait donc dans cette urine du sang et de l'hémoglobine dissoute. Parfois, on constata dans l'urine la présence de *coagula* longs, vermiformes, dont l'expulsion fut toujours précédée de vives douleurs, le long des uretères et dans la région des reins.

Les examens les plus soigneux de l'urine, répétés en pleine hématurie, dans les intervalles des mictions normales, dans les jours du puerpérium qui suivirent la disparition du sang, et de nouveau à neuf mois de l'accouchement, ont toujours donné le même résultat : constitution chimique, physique, microscopique parfaite, toujours absence absolue d'albumine, de cylindres, d'éléments rénaux, de cristaux uriques et oxalurique, de schizomycètes et de parasites animaux.

OBSERVATION XIX

P. VON KUBINYI. — **Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft.** (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 1904, 3 Décembre, n° 48, pp. 1473-1478.)

Femme de trente-deux ans, ayant fait deux fausses couches et quatre accouchements normaux et qui est enceinte actuellement (Août 1903) de huit

mois. A toujours été bien portante; la grossesse actuelle a suivi jusqu'alors une marche normale. Il y a trois jours, cette femme ayant soulevé un lourd fardeau, fut prise d'hématurie; depuis ce temps, la miction spontanée a été impossible et le cathétérisme n'a également amené que du sang. La femme se plaint de céphalée, de nausées, et même elle a vomi à plusieurs reprises. Le médecin appelé en consultation, n'ayant pu obtenir la moindre goutte l'urine par le cathétérisme, porta le diagnostic de rupture de la vessie. Par contre, un autre médecin crut pouvoir constater la présence d'une tumeur vésicale refoulant la paroi antérieure du vagin. La malade reçoit en injection 2 centigrammes de morphine, et elle est transportée à l'hôpital.

État à l'entrée : facies angoissé, collapsus, pouls à 132, dépressible. Dans la région sus-pubienne, en avant de l'utérus, la vessie, distendue au point d'être sur le point d'éclater, forme une tumeur grosse deux fois comme une tête d'adulte; elle est le siège de contractions très douloureuses, à chacune desquelles on voit sortir de l'urètre un sang épais. L'hypogastre est très sensible ; de temps en temps, la femme est prise de hoquets et de vomissements. Toute la paroi antérieure du vagin, à partir de l'orifice urétral, est soulevée par une forte saillie de consistance molle, pâteuse, n'ayant pas les limites nettes d'une tumeur et à travers laquelle on perçoit vaguement la fluctuation provoquée par la percussion de la paroi abdominale.

Les symptômes morbides sont avant tout ceux d'une oblitération de l'orifice vésical, mais les causes de cette oblitération sont encore à préciser. Il semble qu'on puisse considérer comme certain que le bas-fond vésical est occupé par un caillot sanguin qui doit peut-être être regardé comme la cause de la rétention d'urine, et que, si les tentatives de cathétérisme n'ont pas réussi, c'est que le cathéter n'a pas été enfoncé suffisamment à fond.

Il faut à tout prix assurer l'évacuation de l'urine sous peine de voir survenir une rupture de la vessie. On essaye donc, à l'aide d'une longue sonde d'homme, qui pénètre d'ailleurs facilement, de provoquer cette évacuation ; mais on ne parvient à retirer qu'une petite quantité de sang noir comme du goudron ; on cherche à faire l'aspiration avec une seringue, puis à dégager la lumière de la sonde à l'aide d'un mandrin, mais tout cela sans succès. On échoue de même avec une canule vaginale courbe à large calibre et avec une sonde à double courant : ces instruments se bouchent rapidement avec du sang fétide, couleur goudron, mais il ne s'écoule pas une seule goutte d'urine. On se décide alors, pour déterminer les causes de cette rétention persistante, à procéder à l'exploration manuelle de la vessie. On dilate progressivement l'urètre à l'aide de bougies d'Hegar (jusqu'au n° 16), et on parvient ainsi à introduire le doigt dans la vessie. L'urètre est court, normal. L'orifice interne est obturé par un caillot sanguin qu'on désagrège. Pas de tumeur. On retire alors le doigt, et il s'écoule une grande quantité de sang excessivement fétide; de temps en temps, sous l'effet des contractions vésicales et des efforts de la femme, il s'écoule aussi de l'urine. On parvient de cette façon à évacuer environ 1/2 litre de sang caillé et plusieurs litres d'urine. En pratiquant ensuite l'exploration manuelle combinée de la vessie, on constate que celle-ci présente partout des parois lisses sans la moindre apparence de tumeur. Le doigt explorateur intra-vésical ramène des débris sphacélés de muqueuse vésicale, de coloration grisâtre, de consistance analogue à de la bouillie. Urines sales, semblables à de l'eau de macération de viande, contenant beaucoup de détritus. Abondants lavages vésicaux à l'eau froide à l'aide d'une sonde à double courant. Il faut faire passer plusieurs litres pour ramener finalement une eau claire.

En tenant compte des antécédents de la malade qui, jusqu'alors, avait

toujours été bien portante, du fait qu'il existait sur les membres inférieurs de nombreuses varices, enfin de cet autre que l'hémorragie s'était produite à la suite d'un effort, on porta le diagnostic d'hémorragie vésicale par suite de varice. Le caillot formé avait obturé l'orifice interne de l'urètre, et les tentatives répétées de cathétérisme faites pour lever la rétention d'urine consécutive avaient amené la production d'une cystite diphtérique. Ce diagnostic était d'ailleurs corroboré par la grande quantité de sang épanché, ainsi que par l'absence d'une néphrite ou de toute autre cause qui pût expliquer une hémorragie vésicale. L'analyse de l'urine révéla l'absence complète d'albumine.

On ne mit pas de sonde à demeure; on se contenta, le jour même de l'intervention, de sonder plusieurs fois la malade et de faire des lavages de la vessie avec de l'eau boriquée à 3 p. 100; à l'intérieur, lait et eau Salvator. Dès le lendemain, la malade pouvait uriner spontanément et le muscle vésical avait recouvré son tonus normal. On constata à ce moment, au niveau de la cuisse droite, la présence de plusieurs nodosités variqueuses enflammées, circonstance qui ne fit que confirmer le diagnostic porté.

Malgré la forte distension à laquelle elle avait été soumise, la vessie reprit sa capacité normale. Une semaine après l'intervention, la femme fut prise soudainement des douleurs du travail, et, trois heures et demie après, elle mettait au monde, avant terme, un enfant bien portant (poids 2.835 grammes, taille 46 centimètres, circonférence de la tête 32 centimètres). Ni pendant l'accouchement, ni pendant les suites de couches, qui furent tout à fait normales, il ne se produisit la moindre hémorragie vésicale.

L'enfant se développa d'ailleurs bien et continua à vivre.

Pour confirmer le diagnostic, on eut recours ultérieurement à la cystoscopie; plus tôt, au moment de l'hémorragie, cet examen eût été non seulement inopportun, mais même tout à fait inutile. La cystoscopie révéla les détails suivants : réseau capillaire dilaté, bien visible; en avant, au-dessus du col vésical, on voit un gros vaisseau suivant une direction horizontale et dans le voisinage duquel la muqueuse a un aspect dépoli; vraisemblablement, c'est en ce point que s'est faite l'hémorragie. En terminant la relation de cette observation, l'auteur ajoute que, dans le courant de l'année passée, il a pu, chez une autre femme enceinte, observer une hémorragie menaçante au niveau des varices du membre inférieur.

OBSERVATION XX

R. Proust. — **Contribution à l'étude des hématuries gravidiques d'origine vésicale.** (*Livre d'Or de M. le Professeur Pozzi.* In-8°, Paris, 1906, p. 261, et *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1906, n° 4, pp. 669-687.)

Tr..., Adèle, âgée de vingt-sept ans, brocheuse, habituellement bien portante, a été réglée à quinze ans, régulièrement; elle s'est mariée à dix-huit ans, a fait 4 grossesses, dont 3 terminées par la naissance d'enfants vivants et 1 par une fausse couche à trois mois. Elle n'a jamais présenté aucun signe d'hémophilie, — ménorragies abondantes, épistaxis rebelles, — non plus qu'aucun symptôme pouvant faire croire à l'existence d'une affection des voies urinaires.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 20 Décembre 1904, et sa grossesse a évolué d'une façon tout à fait normale jusque vers les premiers jours d'Avril. A cette époque, elle s'aperçut qu'elle avait une certaine difficulté à uriner, difficulté qui devint de plus en plus grande, au point qu'elle en vint à être obligée de se presser le bas-ventre pour obtenir la miction. Celle-ci

n'était d'ailleurs nullement douloureuse. Très rapidement, la rétention d'urine devint complète, la vessie ne se vidant plus que goutte à goutte, par regorgement. L'urine, à ce moment, aurait d'ailleurs présenté une odeur fétide (?). Notons, en passant, qu'au début de la précédente grossesse, la malade aurait présenté les mêmes symptômes, mais très atténués; elle se serait, à cette époque (il y a deux ans), fait soigner à la Maternité, et quinze jours de repos au lit auraient suffi à amener la disparition de ces phénomènes, la grossesse ayant ensuite continué son évolution normale.

Quoi qu'il en soit, la malade raconte que, dans la nuit du 15 au 16 Avril 1905, elle fit une chute de son lit et tomba sur le parquet. En réalité, du nombre et de la nature des ecchymoses qu'elle présentait sur diverses parties du corps et des demi-confidences que cette femme fit plus tard aux infirmières et aux malades de son voisinage, il semble résulter que le traumatisme subi par elle fut d'un tout autre caractère et qu'au cours de la nuit en question elle fut, comme cela lui arrivait d'ailleurs fréquemment, rouée de coups par son mari. Toujours est-il que le lendemain matin, voulant uriner, elle s'aperçut que son urine était fortement mélangée de sang. Ces hématuries se répétèrent dans les journées du 16 et du 17 Avril et prirent un caractère tellement inquiétant que, le 18, la malade se décida à aller consulter à la Maternité, d'où on la renvoya à l'hôpital Broca.

Lorsque M. Proust vit cette femme à son entrée dans la salle, elle était anémiée à l'extrême, à bout de forces, souffrant d'ailleurs horriblement d'envies d'uriner continuelles. Le linge dont elle était garnie était inondé de sang rouge qui s'échappait par jets, à chaque contraction vésicale, de l'orifice de l'urètre.

Une exploration rapide permet de constater que cette femme est, en effet, enceinte d'environ trois mois, avec un utérus plus gros que le poing et dont le col est ramolli. Au-dessus de la symphyse, et remontant jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, on perçoit un globe dur et douloureux : c'est la vessie distendue. Sa compression exagère l'écoulement de sang par l'urètre.

Une sonde introduite dans la vessie livre passage à une certaine quantité de sang pur, puis le jet s'arrête, l'œil de la sonde étant probablement obstrué par un caillot. Cette manœuvre, répétée à plusieurs reprises, est toujours suivie du même résultat. Le globe vésical hypogastrique diminue d'ailleurs à peine de volume, ce qui fait supposer qu'il est en grande partie occupé par des caillots.

Alors, sans perdre plus de temps à ces manœuvres, sans s'arrêter à essayer de l'aspiration des caillots et des lavages de vessie, songeant que le temps presse et que la malade s'affaiblit de plus en plus, M. Proust se décide à pratiquer d'urgence une taille hypogastrique, seule opération qui permette de se rendre immédiatement maître de l'hémorragie.

L'opération est pratiquée le 19 Avril 1905 sous anesthésie chloroformique.

Incision sur la ligne médiane, longue de $0^{m},10$, commençant à la symphyse et finissant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dès que les muscles droits sont écartés, le globe vésical, distendu, apparaît dans la plaie, mais sa surface est infiltrée, et, pour faire saillir nettement sa face antérieure, on met une sonde dans la vessie. La paroi vésicale saigne abondamment sous le bistouri, et de la cavité vésicale s'écoule également une certaine quantité de sang liquide.

Après avoir placé des fils suspenseurs sur chaque lèvre de l'incision vésicale et évacué des caillots fétides dont la masse atteint le volume d'un poing, on tamponne soigneusement la face interne de la vessie. Il est alors facile de

se rendre compte que l'hémorragie provient d'un point limité, situé à la partie supérieure de la vessie, à l'union de sa face postérieure et de sa face antérieure, à droite de la ligne médiane. A cet endroit, la muqueuse est éraillée sur une très petite étendue (dimension d'une lentille), mais le sang sourd en grande abondance de cette déchirure : l'exiguïté de celle-ci, jointe à l'importance de l'hémorragie, fait penser qu'il ne peut guère s'agir que d'une rupture de veine variqueuse.

M. Proust essaye de placer sur cette déchirure un surjet au catgut, mais la muqueuse, très friable, se déchire. Dans ces conditions, il se borne à établir un tamponnement à la gaze aseptique, limité autant que possible à la région du sommet vésical, au point qui saigne. Tube sus-pubien, fermeture de la vessie au-dessus du tube. On place, en outre, une sonde à demeure.

Les suites opératoires sont des plus simples. La sonde à demeure fonctionne bien. Le tamponnement intra-vésical est enlevé au bout de quarante-huit heures, sans que l'hémorragie reparaisse. On institue alors des lavages journaliers de la vessie avec une solution de nitrate d'argent à 1 p. 2.000. Les urines troubles, purulentes au début, deviennent de plus en plus claires.

Les premiers jours, la température reste élevée et monte même de 38°,5, chiffre qu'elle atteignait avant l'intervention, à 39 degrés. Le 24 Avril, elle retombe à la normale pour s'y maintenir jusqu'à complète guérison.

Jusqu'au 5 Mai, une petite quantité de l'eau de lavage ressort par l'hypogastre. Le 6, la plaie hypogastrique est fermée. Le 7, on enlève la sonde à demeure et la malade urine seule à partir de ce moment. L'état général est redevenu excellent, la grossesse suit son cours.

OBSERVATION XXI

J. Vogel. — **Ueber Hæmaturien.** (*Berliner klinische Wochenschrift,* 1906, 16 Avril, n° 16, pp. 488-491.)

Chez une jeune primipare, apparurent environ vers le milieu du septième mois de la grossesse subitement et sans raison apparente des hémorragies vésicales assez intenses. L'urine avait constamment l'aspect d'une eau dans laquelle on aurait lavé de la viande; elle contenait environ 0,05 p. 100 d'albumine — quantité correspondante à sa teneur en sang; — elle était d'ailleurs de volume et de densité normales. On n'y put découvrir aucun cylindre et rien ne permettait de supposer que le rein fût en cause. Des leucocytes s'y trouvaient en très petite quantité et l'urine fraîchement émise apparaissait après le repos parfaitement claire. Il était donc vraiment difficile de parler de cystite. L'état général de la malade, à part les malaises résultant du fait de la grossesse, était excellent et les hématuries constituaient le seul symptôme inquiétant, persistant d'ailleurs malgré le repos absolu au lit.

Etant donné ce qui précède, on admit qu'il s'agissait d'hémorragies ayant leur source dans la muqueuse vésicale congestionnée par suite de l'hypérémie pelvienne causée par la grossesse. En conséquence on recommanda à la malade non seulement de quitter le lit, mais de se livrer à un exercice modéré et prudent dans le but d'activer aussi la circulation et aussi dans l'espoir qu'elle provoquerait peut-être de cette façon un changement de position du fœtus plus favorable. Dans le même but de décongestion, on lui recommanda également d'assurer par tous les moyens l'évacuation régulière et complète de son gros intestin.

Ce simple traitement fut suivi de succès, car au bout de quelques jours les hématuries s'arrêtèrent et ne reparurent plus pendant toute la durée de la

grossesse. L'accouchement fut très difficile et nécessita l'emploi du forceps; l'enfant était extraordinairement gros.

La cystoscopie, dans ce cas, aurait certainement permis de se rendre compte si les suppositions émises sur la nature des hématuries étaient conformes à la réalité, mais cette méthode d'exploration n'est vraiment pas utilisable en pareil cas, à cause des risques d'interruption de la grossesse auxquels elle expose. Mais je considère que mon diagnostic, bien que fait par exclusion, était exact.

Vu par le président de la thèse :

S. POZZI.

Vu :

Le Doyen : DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris

LIARD.

Paris. — L. Maretheux, imprimeur, 1, rue Cassette. — 15238.